

VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 25 vom 13. Februar 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-02-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__25

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 25 du 13 février 2020

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 25 del 13 febbraio 2020

Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, DEVOIR DE COLLABORER, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, REJET DE LA DEMANDE | 4 al. 1 LAI, 43 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 13.02.2020 Arrêt / 2020 / 25

ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, DEVOIR DE COLLABORER, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, REJET DE LA DEMANDE | 4 al. 1 LAI, 43 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 267/19 - 50/2020 ZD19.033576 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt
du 13 février 2020 _____ Composition :

Mme Durussel ,
présidente M. Piguet, juge et Mme Gabellon, assesseure Greffier : M. Addor *****

Cause pendante entre : H. _____ , à G. _____ , recourante, représentée par Dextra Protection juridique SA, à Zurich, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 LAI E n f a i t : A. Ressortissante kosovare entrée en Suisse en 1989, au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), H. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, est mariée et mère de quatre enfants adultes. Sans formation professionnelle, elle n'a travaillé que de manière sporadique entre 1996 et 2007. Elle n'a exercé aucune activité lucrative depuis lors. Le 9 décembre 2016, H. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en faisant état de lombalgies, de gonalgies, de fatigue, de douleurs musculaires et de problèmes thyroïdiens. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assurée. Dans un rapport du 27 janvier 2017, date de la première consultation, le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics – avec effet sur la capacité de travail – de douleurs articulaires généralisées et d'épisode dépressif moyen. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un syndrome descendant, un asthme bronchique, une gastrite érosive et une hypothyroïdie traitée. Il a indiqué que sa patiente présentait des douleurs articulaires depuis deux à trois ans aux genoux, aux poignets, aux coudes et aux épaules nécessitant des séances de physiothérapie en cas de crises de douleurs aiguës. A cela s'ajoutaient des troubles de l'humeur sous forme de baisse de l'humeur, de stress, de manque d'élan et de troubles du sommeil. Le Dr P. _____ a estimé que la capacité de travail était nulle en

toute activité depuis le mois d'octobre 2014 et a suggéré la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et rhumatologique. Le Dr P._____ a joint à son rapport divers documents dont un rapport du 20 décembre 2016 du Dr N._____, spécialiste en gastro-entérologie, faisant état d'une gastrite érythémateuse ainsi qu'un rapport du 23 novembre 2015 de la Dre Z._____, spécialiste en pneumologie, laquelle posait les diagnostics de toux sur probables reflux gastro-oesophagien, syndrome descendant rhino-pharyngé et asthme bronchique. Aucun de ces médecins ne se prononçait sur la capacité de travail de l'assurée. En réponse aux questions de l'office AI (avis médical du 23 octobre 2017), H._____ a indiqué qu'elle ne consultait ni rhumatologue ni psychiatre (document indexé le 2 novembre 2017). Invité par l'office AI à répondre à des questions complémentaires, le Dr P._____ a déclaré, en date du 29 novembre 2017, que, depuis son rapport du 27 janvier 2017, l'état de santé de H._____ était identique / stationnaire même si elle souffrait d'asthme. Si l'assurée ne souhaitait pas se soumettre à un stage d'observation afin de déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée et ses limitations fonctionnelles, le Dr P._____ pensait toutefois qu'il convenait d'essayer. Par ailleurs, si sa patiente avait consulté un rhumatologue, une pneumologue ainsi qu'un cardiologue, elle se refusait à tout examen psychiatrique pour des raisons culturelles et linguistiques (nécessité d'un interprète). Le Dr P._____ a joint un rapport du 5 février 2016 de la Dre Z._____, qui constatait, en dépit des examens pratiqués, que l'étiologie de la toux demeurait encore indéterminée au vu de l'absence de réponse aux différentes prises en charge. Elle relevait également avoir rassuré H._____ quant à sa bonne fonction pulmonaire et l'absence de pathologie évidente au scanner thoracique. Était également annexé un rapport du 13 mars 2017 à l'attention du Dr P._____, dans lequel le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, posait les diagnostics de périarthrite de la hanche gauche dans le cadre d'une fibromyalgie, de chondropathie rotulienne, d'obésité, de reflux gastro-oesophagien et de thyroïdite d'Hashimoto. Il a conclu son rapport en ces termes : « Il existe une importante discordance entre les plaintes et l'examen clinique qui est strictement normal chez cette patiente qui présente par contre des douleurs insertionnelles diffuses. Après 30 ans en Suisse, elle a toujours besoin de son mari pour assurer la traduction. Comme autre hypothèse, on peut envisager un syndrome d'apnées du sommeil, mais son mari signale que son épouse n'a pas de ronflement. J'ai essayé de lui expliquer qu'il était important, surtout à son âge, d'avoir une attitude un peu plus active en se prenant en charge sur le plan physique, mais je ne sais pas si ce message aura été compris. Sur le plan biologique, tous les examens que tu as effectués sont normaux, à l'exception d'un FAN [facteur anti-nucléaire, réd.] légèrement augmenté, mais avec des anti-corps anti-DNA [acide désoxyribonucléique, réd.] absents. » Le 13 avril 2018, la Dre Z._____ a écrit une lettre à l'office AI libellée en ces termes : « En réponse à votre questionnaire, permettez-moi de vous faire part que je n'ai vu cette patiente qu'à quelques reprises. La première consultation ayant eu lieu le 9 novembre 2015, la dernière consultation le 5 février 2016. Je ne l'ai pas revue depuis lors. En tant que pneumologue, je n'ai pas eu à lui fournir d'arrêt de travail et ne peux me prononcer que sur la symptomatologie pulmonaire. Vous trouverez à ce sujet les 2 rapports que j'ai adressés à son médecin traitant en date du 23 décembre 2015 et du 5 février 2016. » Le 16 avril 2018, le Dr K._____ a indiqué n'avoir été consulté qu'une seule fois par H._____ en date du 10 mars 2017 à la demande du Dr P._____. Réinterpellé par l'office AI, le Dr P._____ a déclaré, en date du 15 juillet 2018, que l'état de santé de H._____ était inchangé depuis son rapport du 29 novembre 2017. S'agissant de la capacité de travail, il a

indiqué qu'elle n'avait jamais travaillé et qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée pas plus que sur d'éventuelles limitations fonctionnelles. Il a précisé que sa patiente était en arrêt de travail depuis le mois d'octobre 2014. Après examen des pièces médicales au dossier, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin auprès du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a conclu que H. _____ exprimait des plaintes fonctionnelles mal systématisées, non étayées par la réalité objective si bien qu'en l'absence d'atteinte à la santé objectivement incapacitante, il n'était pas justifié de poursuivre l'instruction (avis médical du 26 mars 2019). Par projet de décision du 2 avril 2019, l'office AI a informé H. _____ qu'il comptait lui refuser l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles), au motif qu'il n'existait aucun élément médical objectif réduisant sa capacité de travail. En d'autres termes, à défaut d'atteinte à la santé incapacitante au sens de la loi, elle ne présentait aucune invalidité, si bien que le droit à des prestations n'était pas ouvert. Le 16 avril 2019, H. _____ a présenté des objections à ce projet. Elle a fait valoir que, depuis de nombreuses années, elle souffrait de troubles divers (thyroïde, asthme, problèmes gastriques, toux incessante, maux de dos et douleurs aux membres) et que son état de santé, loin de s'être amélioré, s'était même détérioré, les traitements prescrits ne l'ayant pas réellement soulagée. Il en résultait diverses difficultés dans sa vie quotidienne. Elle a donc demandé à l'office AI de réexaminer sa situation à la lumière de ces éléments. Par courrier du 24 avril 2019, l'office AI s'est adressé en ces termes à H. _____ : « Votre correspondance du 18 avril 2019 relative à notre préavis du 2 avril 2019 nous est bien parvenue. Nous vous informons que dans la procédure de contestation, il vous appartient de nous fournir tous les éléments en particulier des rapports médicaux détaillés, susceptibles de nous permettre de revoir notre position. Pour ce faire, nous vous accordons un délai au 24 mai 2019. A cette échéance, nous examinerons une nouvelle fois votre dossier et notifierons une décision avec les éléments en notre possession. Toutefois, en fonction des informations fournies, des mesures d'instruction complémentaires peuvent être nécessaires, ce qui peut prendre un certain temps. Dans cette situation, nous vous informerons de nos prochaines démarches. » H. _____ n'ayant produit aucun document de nature à étayer ses allégations, l'office AI a, par décision du 25 juin 2019, entériné le refus de toutes prestations. B. Par acte du 22 juillet 2019, H. _____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision. Alors qu'elle avait annoncé la production de divers rapports médicaux consécutifs à des examens prévus de mai à août 2019 (consultations pneumologiques, ORL et radiologiques), elle a déploré que l'office AI ait rendu sa décision sans attendre le dépôt de ces documents. Son recours devait dès lors permettre à la Cour de céans de contacter les médecins consultés et de réexaminer la décision litigieuse à la lumière du résultat de leurs investigations. A titre de mesures d'instruction, elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise. Le 30 août 2019, un délai au 20 septembre 2019 a été imparti à la recourante pour produire toutes pièces médicales utiles. L'intéressée n'a toutefois produit aucune pièce. Dans sa réponse du 26 septembre 2019, l'office AI a estimé que la situation médicale était suffisamment étayée pour démontrer que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité. Il a en outre souligné qu'elle avait eu la possibilité de se prononcer sur le projet de décision et de fournir des pièces supplémentaires. Dès lors qu'elle n'avait produit aucun rapport médical de nature à modifier son point de vue, l'office AI a conclu au rejet du recours. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie

générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité. 3. a) L'invalidité se définit comme 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 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 al. 1 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 (art. 6 LPGA). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins 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. 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). b) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour

l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). c) Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_753/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.3).

5. 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 (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 (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

6. a) Dans la décision attaquée, l'office AI a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, au motif qu'il n'existait aucun élément médical objectif réduisant sa capacité de travail, si bien qu'à défaut d'atteinte à la santé incapacitante au sens de la loi, elle ne présentait aucune invalidité. H. _____ reproche à l'office AI de ne pas avoir tenu compte de son état de santé réel, en tant qu'il a rendu sa décision sans attendre le dépôt de rapports médicaux consécutifs à divers examens (consultations ORL, pneumologiques et radiologiques) prévus de mai à août 2019. La recourante ne fait dès lors pas valoir d'éléments nouveaux et n'émet aucune critique au sujet des avis médicaux au dossier. Elle ne conteste pas spécifiquement l'appréciation faite par l'intimé, mais nie l'absence d'atteinte invalidante.

b) aa) Parmi les atteintes mentionnées dans sa demande de prestations du 9 décembre 2016, la recourante a fait état de gonalgies et de lombalgies. Dans son rapport du 27 janvier 2017, le Dr P. _____ a retenu le diagnostic – incapacitant – de douleurs articulaires généralisées existant depuis deux à trois ans. Estimant que les atteintes étaient mal décrites et peu étayées par le médecin traitant, le SMR a requis des renseignements complémentaires (avis médical du 23 octobre 2017) auprès de l'assurée, laquelle a indiqué qu'elle ne bénéficiait pas d'un suivi auprès d'un rhumatologue. Réinterpellé par l'office AI, le Dr P. _____ lui a fait parvenir un rapport du 13 mars 2017 du Dr K. _____, rhumatologue, qui concluait à l'existence d'une importante discordance entre les plaintes et l'examen clinique, lequel était strictement normal. Il a indiqué que l'anamnèse systématique n'avait révélé aucun élément en faveur d'un rhumatisme inflammatoire et que l'anamnèse familiale n'était pas suspecte. Par ailleurs, l'examen clinique n'avait pas mis en évidence d'arthrite synovite ou de limitation articulaire. Il n'y avait pas non plus d'asymétrie neurologique. Quant aux examens de laboratoire, ils étaient normaux à l'exception d'un FAN [facteur anti-nucléaire, réd.] légèrement augmenté, mais avec des anti-corps anti-DNA [acide désoxyribonucléique, réd.] absents. Aucun élément clinique y relatif n'est relevé par le Dr K. _____, ne donnant pas de valeur diagnostique à cette analyse.

bb) Invité par l'office AI à lui fournir des renseignements complémentaires, le Dr P. _____ lui a notamment transmis le rapport établi par la Dre Z. _____ en date du 5 février 2016. Celle-ci y relevait avoir revu l'assurée dans le contexte d'une toux chronique, dont les différentes prises en charge, à savoir celle du reflux gastro-oesophagien, du syndrome descendant rhinopharyngé et de l'asthme bronchique, n'avaient permis aucune amélioration. Ayant complété le bilan par divers examens, elle indiquait que le scanner thoracique réalisé n'avait pas apporté d'étiologie claire à la toux dont se plaignait

l'intéressée. Elle avait ainsi pu la rassurer quant à sa bonne fonction pulmonaire et l'absence de pathologie évidente. cc) Quant au diagnostic – avec effet sur la capacité de travail – d'épisode dépressif moyen posé par le Dr P. _____ (cf. rapport du 27 janvier 2017), il n'est pas significatif d'une atteinte psychique incapacitante, dans la mesure où la recourante a indiqué qu'elle ne bénéficiait d'aucun suivi sur le plan psychiatrique. dd) Finalement, il convient de relever que, en réponse aux questions de l'office AI, le Dr P. _____ a déclaré que, la recourante n'ayant jamais travaillé, il n'était pas en mesure d'estimer sa capacité de travail ni de se prononcer sur d'éventuelles limitations fonctionnelles (cf. rapport du 15 juillet 2018). Quant aux autres praticiens consultés, ils ne s'exprimaient pas sur cette question. c) Compte tenu des pièces médicales au dossier, le SMR a considéré, à bon droit, qu'il n'y avait pas d'atteinte objectivement incapacitante. Le Dr D. _____ a en effet relevé que, selon le rapport rhumatologique du 13 mars 2017, il n'y avait pas de corrélation objective entre les plaintes multiples et les discrètes constatations objectives. Quant aux plaintes d'ordre pneumologique, elles étaient mineures également (avis médical du 26 mars 2019). L'appréciation du Dr D. _____ repose sur une analyse des pièces mises à disposition. Il a eu accès au dossier médical de la recourante (anamnèse) et aux rapports des autres médecins appelés à se prononcer sur son cas. Les conclusions du SMR sont claires et convaincantes, bien que motivées succinctement, et ne sont pas mises valablement en doute par les autres praticiens. Elles ont ainsi pleine valeur probante, même si elles ne reposent pas sur des examens cliniques effectués personnellement par le Dr D. _____. 7. a) Dans le cadre de la procédure d'audition, faisant suite au projet de décision du 2 avril 2019 lui déniait le droit à toutes prestations d'invalidité faute d'atteinte à la santé incapacitante, l'office AI a invité la recourante à produire toutes pièces médicales utiles à l'appui de ses objections, ce qu'elle n'a pas fait. L'office AI a donc entériné son refus de toutes prestations (décision du 25 juin 2019). b) A la lumière du dossier produit par l'intimé, il convient d'admettre que la recourante n'a pas prêté la diligence requise à la procédure d'instruction de la demande de prestations. Ainsi, elle n'a produit aucune pièce permettant une appréciation différente qui serait de nature à susciter un doute, même faible, quant au bien-fondé de l'avis du SMR et de ses conclusions. Elle ne saurait, dans ces conditions, exiger que l'office AI mette en œuvre une expertise alors qu'elle n'a pas rendu au préalable vraisemblable l'existence d'atteintes invalidantes, ce d'autant que l'office AI a procédé aux mesures d'investigation nécessaires auprès des médecins traitants. c) Dans la mesure où l'on ne saurait exiger d'un assureur qu'il prolonge la procédure d'instruction indéfiniment jusqu'à ce que la personne assurée revienne à de meilleures dispositions, on ne saurait reprocher à l'office intimé d'avoir mis un terme à l'instruction et d'avoir statué en l'état du dossier. En l'absence de rapports médicaux permettant de constater, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une incidence des problèmes médicaux présentés par la recourante sur sa capacité de travail et de gain, l'office intimé a, après avoir adressé le 24 avril 2019 un courrier l'informant de son obligation de collaborer à l'instruction et lui impartissant un délai convenable pour produire toute pièce utile, rejeté à bon droit la demande de prestations de l'assurance-invalidité. Partant, la décision attaquée ne prête pas le flanc à la critique et doit donc être confirmée. 8. La recourante semble encore solliciter de la Cour de céans la mise en œuvre d'une expertise médicale. a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140

I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (appréciation anticipée des preuves : ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). b) En l'occurrence, le dossier est complet sur le plan médical, tous les médecins traitants ayant été interpellés sans que l'un d'eux n'ait été en mesure de constater une incapacité de travail et déterminer des limitations fonctionnelles. La Cour de céans peut ainsi statuer en toute connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par la recourante. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Ainsi, quoi qu'en dise la recourante, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superflue. 9. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 10. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; 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). En l'occurrence, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs. b) Il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens, la recourante, au demeurant non assistée, n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA a contrario ; art. 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 25 juin 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de H._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Dextra Protection juridique SA (pour H._____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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