

# **VD\_GERICHTE ZD12.038524 vom 1. Oktober 2014**

VD Tribunal cantonal, 2014-10-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD12.038524](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.038524)

FR: VD\_GERICHTE ZD12.038524 du 1 octobre 2014

IT: VD\_GERICHTE ZD12.038524 del 1 ottobre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 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, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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 – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). En l'espèce, interjeté dans le respect du délai et des autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours 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).

### **E. 2**

Est litigieuse en l'espèce la question du droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité au regard de sa capacité de travail résiduelle dans une activité réputée adaptée à son état de santé.

- 14 -

### **E. 3**

Selon le droit fédéral, 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.

### **E. 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 le traitement et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). En vertu de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail 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 être raisonnablement 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. 4. a) Pour pouvoir calculer

le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins – d'autres spécialistes le cas échéant – 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 peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références). Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition

- 15 - permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C\_168/2007 précité consid. 4.2). Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.5 ; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). Les avis médicaux du SMR 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'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue 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 rapports 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

- 16 - situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une

nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un 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 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43 ; TF 9C\_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3 ; TF 8C\_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si les 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 8C\_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2 ; TF 9C\_341/2010 du 12 octobre 2010 consid. 2.2 ; TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4 ; TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3 et TF 9C\_289/2007 du 29 janvier 2008 consid. 4.2).

- 17 - b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2). 5. En l'espèce, se fondant sur l'expertise bidisciplinaire réalisée par la Clinique L.\_\_\_\_\_, ainsi que sur les différents avis du SMR, l'OAI a nié à la recourante le droit à des prestations de l'assurance-invalidité au motif que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte sur le plan somatique. S'appuyant sur les constatations de ses médecins traitants, ainsi que sur celles du Dr G.\_\_\_\_\_, la recourante soutient quant à elle que sa capacité de travail est nulle dans toute activité, en raison de l'ensemble des atteintes dont elle souffre, tant sur le plan somatique que psychique. a) Sur le plan somatique, les experts de la Clinique L.\_\_\_\_\_ ont retenu le diagnostic de discopathies lombaires étagées, n'ayant pas de

- 18 - répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée, soit sans port de charges et mouvements en porte-à-faux. Dans son opposition au projet de décision, la recourante a requis, sur la base du rapport du Dr G.\_\_\_\_\_, un complément d'instruction. Dans son rapport du 5 mai 2012, le Dr G.\_\_\_\_\_ a relevé que la maladie de Paget était mentionnée au dossier, mais ne semblait pas avoir été investiguée. Une scoliose avait été notée, mais n'avait pas été quantifiée. Il convenait de le faire, et de la mettre en rapport avec la maladie de Paget et une éventuelle ostéoporose. L'on relève que le Dr G.\_\_\_\_\_ s'est

contenté de mentionner ces atteintes, sans les avoir lui-même investiguées. Il n'a ainsi posé aucun diagnostic et n'a pas même motivé la nécessité de mener les investigations proposées. Il ne met pas non plus ces éventuelles atteintes en lien avec une quelconque incapacité de travail. Au vu de ce qui précède, son rapport ne peut être pris en considération, qu'il soit ou non médecin traitant de la recourante. Cette dernière n'a par ailleurs produit aucun autre rapport de ce médecin. Les experts de la Clinique L. \_\_\_\_\_ avaient à leur disposition les documents médicaux mentionnant une éventuelle maladie de Paget. Il s'agit principalement du rapport d'IRM du 16 juin 2009, qui constate une « altération de la spongieuse osseuse au sein de la vertèbre L2, de signal hypo-intense en T1, sans rehaussement après l'injection de gadolinium, évoquant le diagnostic d'une vertèbre pagétique ». Ce rapport d'IRM ne fait ainsi que rapporter la suspicion d'une maladie de Paget touchant une vertèbre. La Dresse C. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 23 juillet 2011, mentionne également le diagnostic de maladie de Paget. Elle est toutefois spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et n'a dès lors pas investigué elle-même cette atteinte. Contrairement à ce que soutient la recourante, l'expert Dr T. \_\_\_\_\_ s'est prononcé sur l'IRM lombaire du 16 juin 2009, dans son rapport d'expertise rhumatologique du 22 décembre 2011. Il y a précisé qu'elle ne montrait que des discopathies banales des trois derniers étages lombaires, sans conflit disco-radiculaire, ainsi qu'un signal en T1 sans réhaussement, qui était une découverte fortuite et n'était pas susceptible d'expliquer tout ou partie des symptômes. Rien ne permet de

- 19 - dire que l'expert a été « égaré » par l'imagerie de la colonne lombaire du 20 décembre 2011. Le rapport d'expertise du 20 janvier 2012 de la Clinique L. \_\_\_\_\_, qui est une synthèse de deux expertises spécifiques, l'une rhumatologique et l'autre psychiatrique, se fonde sur des examens cliniques, repose sur une anamnèse détaillée et tient compte des plaintes de la recourante et du dossier constitué. Il n'omet d'analyser aucune des atteintes mentionnées par la recourante. Clair et complet, il satisfait ainsi aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 4a). L'on relève par ailleurs que la Dresse Y. \_\_\_\_\_ n'a retenu le diagnostic de maladie de Paget dans aucun de ses deux rapports. Elle s'est contentée d'indiquer que la recourante avait été adressée à un rhumatologue en vue d'investigations complémentaires. La recourante a ainsi été adressée au Dr W. \_\_\_\_\_, qui, dans son rapport du 29 janvier 2013, expose que la vertèbre L2 de la recourante présente effectivement un aspect un peu plus fibrillaire et un peu plus dense que les autres. Il a précisé ne pas avoir l'impression d'une franche augmentation du cadre osseux. Ceci suggérait une maladie de Paget, sans qu'il y ait tous les critères. Il estimait nécessaire de nouvelles radiographies de la colonne lombaire avec un médaillon centré sur L2. Dans son rapport du 11 mars 2013, effectué en connaissance du résultat d'examens complémentaires, mais apparemment pas des radiographies précitées, il n'évoque pas du tout la maladie de Paget. Il précise avoir organisé des radiographies des mains et des pieds, mais ne mentionne pas celles qu'il avait recommandées concernant la colonne lombaire, de sorte que l'on ne peut retenir qu'elles étaient nécessaires. Il ajoute finalement que la carence en vitamine D constatée pouvait être due à une maladie de Paget. Les experts ont été clairs sur le fait que l'atteinte de la vertèbre L2 n'était pas susceptible d'expliquer tout ou partie des symptômes de la recourante. Le Dr W. \_\_\_\_\_ n'amène pas d'élément permettant d'affirmer le contraire, ni même de faire douter des conclusions des experts. Les investigations annoncées n'ont apparemment pas été menées, ou l'ont été sans que la

- 20 - Cour en ait connaissance. Le Dr W. \_\_\_\_\_ ne fait qu'exposer une hypothèse, avec une retenue telle que le diagnostic de maladie de Paget ne peut, selon la vraisemblance prépondérante, être retenu, et l'hypothèse que ce diagnostic explique les symptômes de la recourante encore moins. Il convient dès lors d'exclure la maladie de Paget des diagnostics invalidant au sens de l'assurance-invalidité. Quant à la scoliose, le Dr W. \_\_\_\_\_ mentionne une très discrète scoliose lombaire. Il ne mentionne pas d'ostéoporose. L'on ne peut ainsi que suivre le SMR lorsqu'il écarte, dans son rapport du 29 juin 2012, ses deux atteintes comme susceptibles d'influencer les limitations fonctionnelles de la recourante. Cette dernière ne les a du reste pas mentionnées dans son recours. D'autre part, qu'ils soient ou non à mettre en lien avec une éventuelle maladie de Paget, les symptômes décrits par la recourante tels que le goitre, les céphalées, les chutes, les cervicalgies et paresthésies des membres gauches, n'ont pas été jugés incapacitants par les experts. Si la Dresse Y. \_\_\_\_\_ retient en effet les diagnostics de cervico-dorso- lombalgies aiguës, lombosciatalgies aiguës gauches à répétition, goitre et tendinopathie de l'épaule gauche, elle ne motive pas son appréciation. Il en va de même des problèmes digestifs allégués par la recourante. Cette dernière admet elle-même qu'une pathologie vraiment grave a pu être exclue en 2007 sur ce plan (cf. rapports du Dr K. \_\_\_\_\_). Le SMR, dans son rapport du 10 octobre 2012, observe que la légère gastrite chronique à Heliobacter, constatée par le Dr K. \_\_\_\_\_, se traite par une antibiothérapie et ne laisse pas de séquelles. Si la Clinique L. \_\_\_\_\_ note que la recourante se plaint d'épigastralgies, elle ne retient toutefois aucune influence de cette atteinte sur la capacité de travail. La Dresse Y. \_\_\_\_\_ retient, quant à elle, le diagnostic d'épigastralgies sur gastrite aiguë, mais ne mentionne toutefois pas de restrictions à l'exercice d'une activité professionnelle en lien avec cette atteinte (cf. réponse à la question 1.7 de son rapport du 10 février 2011). Il n'y a ainsi aucun élément au dossier permettant de retenir une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité sur ce plan non plus.

- 21 - Dans sa dernière écriture, la recourante inclut au tableau clinique, sur la base des rapports du Dr W. \_\_\_\_\_, la possibilité d'une atteinte inflammatoire, ainsi qu'une carence en Vitamine D. L'on relève que les experts n'ont noté aucun élément en faveur d'une atteinte inflammatoire. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a relevé que le bilan sanguin, qu'il jugeait nécessaire pour investiguer sur ce plan, n'apportait pas d'argument pour un rhumatisme inflammatoire. S'il a en effet précisé que la normalité du bilan biologique n'excluait pas complètement une origine inflammatoire aux douleurs diffuses de la recourante, ceci ne suffit en aucun cas à remettre en cause les conclusions de l'expertise (cf. supra consid. 4). Finalement, le Dr W. \_\_\_\_\_ mentionne dans son rapport que la recourante a tous les signes d'une fibromyalgie. Les experts de la Clinique L. \_\_\_\_\_ ont eux aussi relevé que tous les points de fibromyalgie étaient décrits comme douloureux. Ils ont toutefois conclu, de manière convaincante comme il sera démontré ci-après, à un trouble somatoforme de type somatisation. Au vu de qui précède, la recourante n'amène pas les éléments susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expertise et de justifier la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il ne peut dès lors être reproché à l'intimé d'avoir considéré que les atteintes alléguées sur le plan somatique n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée, soit sans port de charge et sans mouvement en porte-à-faux. b) Sur le plan psychique, l'expert Dr M. \_\_\_\_\_ a également conclu à l'absence d'atteinte invalidante. Il a en revanche retenu les diagnostics sans effets sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, et de trouble somatoforme de type somatisation. Il a reconnu des épisodes plus sévères par le passé, à

l'origine des hospitalisations en milieu psychiatrique de la recourante. Il a cependant ajouté que celles-ci étaient clairement liées à des difficultés familiales majeures.

- 22 - La recourante n'a pas remis en cause l'appréciation précitée dans le cadre de la procédure d'opposition. Elle a toutefois fait référence à un rapport médical de la Dresse C.\_\_\_\_\_, accompagné d'une annexe, dans son courrier à l'intimé du 17 août 2012. Il n'est pas fait mention dans le recours d'un autre rapport que celui du 23 juillet 2011. C'est sur la base de ce dernier, ainsi que sur les rapports d'hospitalisation, que la recourante fonde son argumentation sur le plan psychiatrique. Pour rappel, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a retenu, en 2011, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, soit le même diagnostic que celui de la Clinique L.\_\_\_\_\_. Elle avait alors connaissance des rapports d'hospitalisation en milieu psychiatrique, mais n'a pas pour autant retenu une dépression sévère. Un tel diagnostic ne ressort pas non plus des rapports d'hospitalisation. Ainsi, l'affirmation de la recourante selon laquelle la dépression devrait être considérée comme sévère selon les critères diagnostiques de la CIM 10, est une pure interprétation de sa part de sa situation et ne repose sur aucun document médical émanant de spécialistes en psychiatrie. Il convient de rappeler en outre que la Dresse C.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 15 décembre 2012, décrit un état psychique stationnaire, confirmant ainsi son appréciation. Seule la Dresse Y.\_\_\_\_\_ retient un diagnostic d'état anxio-dépressif aigu avec crises de panique. Elle ne motive toutefois pas son appréciation, qui ne peut en tous les cas pas être retenue face au diagnostic posé par les spécialistes en psychiatrie. Quant à l'évaluation du taux d'activité exigible, l'on note que la Dresse C.\_\_\_\_\_ fait une appréciation globale, tenant compte des atteintes somatiques. Il n'est ainsi pas possible de savoir quelle part de l'incapacité elle attribue aux atteintes psychiques. Il ne lui appartenait du reste pas d'apprécier la capacité de travail de la recourante au regard des atteintes somatiques. Enfin, il convient de rappeler la retenue dont il sied de faire preuve lors de l'appréciation des rapports médicaux émanant des médecins traitants. En l'espèce, le diagnostic posé étant le même, seule l'appréciation de la capacité de travail de la recourante diverge, celle des experts prévalant au vu de la jurisprudence (cf. supra consid. 4a) et de la force probante qu'il convient de reconnaître à leur rapport.

- 23 - La recourante affirme que le poids du contexte familial a été surestimé par les experts de la Clinique L.\_\_\_\_\_. Elle affirme également que son cas appelait sans doute des investigations plus poussées. Ceci relève également d'une interprétation de sa part des faits qui nous occupent et n'est pas étayé par des pièces médicales. Au contraire, les médecins de l'Hôpital psychiatrique R.\_\_\_\_\_ attribuent aux troubles de la recourante un lien important avec le contexte familial. Quant à la Dresse C.\_\_\_\_\_, il est évident à la lecture de ses rapports que le contexte familial et social de la recourante occupe une place importante dans son analyse. Concernant la complexité du cas, la Cour de céans considère qu'une expertise reposant sur une anamnèse détaillée et un examen, tenant compte des pièces au dossier ainsi que des plaintes de la recourante, suffisait à l'appréhender, ce d'autant que cette dernière ne démontre pas que la Clinique L.\_\_\_\_\_ aurait omis d'analyser des éléments. A ce sujet, il peut encore être précisé que l'on ne saurait reprocher à l'expert psychiatre d'avoir reconnu que l'évaluation de la capacité de travail de la recourante était ardue. L'on ne peut qu'observer, à l'instar de tous les intervenants au dossier, que la situation de la recourante est complexe. On aurait pu douter du professionnalisme de l'expert si ce dernier n'avait pas reconnu cette difficulté, ce d'autant que faire preuve d'une certaine retenue fait partie des règles de l'art. Ceci ne permet en tous

les cas pas d'écarter les conclusions d'une expertise, en l'absence d'éléments médicaux pertinents pour le faire. L'expert précise du reste que si le cas est complexe, c'est précisément du fait que l'essentiel des difficultés de la recourante tient au contexte familial et culturel, ce qui ne relève pas de l'assurance-invalidité. Il était ainsi du devoir de l'expert de faire précisément la part des choses entre les atteintes invalidante au sens de l'assurance-invalidité et les difficultés familiales et sociale de la recourante. c) La recourante soutient finalement que le cumul des affections somatiques et psychiques entraîne des limitations professionnelles allant au-delà de la somme des inconvénients propres à chacune des affections considérée isolément. Il s'agit là encore une fois

- 24 - d'une allégation qui relève du domaine médical, que la recourante ne fonde sur aucun document pertinent. Les experts, après avoir mis en commun leurs analyses, n'ont pas estimé que la globalité des atteintes entraînait de limitations professionnelles. d) Les pièces médicales produites tant à l'appui de l'opposition au projet de décision que du recours ne mettant pas en évidence d'éléments dont les experts n'auraient pas tenu compte, une interpellation de ces derniers pour complément d'expertise ne se justifiait pas. C'est à bon droit que l'intimé s'est adressé au SMR pour déterminations sur les rapports produits. Pour ces mêmes raisons, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ne se justifie pas (cf. supra consid. 4a). 6. Des considérants qui précèdent, il résulte que l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en rejetant, sur la base des conclusions des experts qui emportent la conviction, la demande de prestations formée par la recourante, et les griefs formulés par cette dernière doivent être écartés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 7. 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, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1 bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi

- 25 - 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). S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]) –, le conseil d'office a produit une liste de ses opérations, dont il ressort qu'il a consacré 10h30 à la défense des intérêts de la recourante. Il y a lieu de rémunérer ces heures au tarif usuel (180 fr./heure), et d'y ajouter les débours, par 350 fr., et la TVA, ce qui représente un montant total de 2'419 fr. 20. Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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