

VD_GERICHTE ZD13.015323 vom 17. Juli 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-07-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.015323

FR: VD_GERICHTE ZD13.015323 du 17 juillet 2014

IT: VD_GERICHTE ZD13.015323 del 17 luglio 2014

Erwägungen

E. 12

avril 2013 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à l'annulation de cette décision et à la reconnaissance de son droit aux prestations de l'AI, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle requiert en outre le

- 14 - bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Sur le plan somatique, la recourante fait valoir que l'analyse du Dr V. _____ s'oppose à celle du SMR et que, dans la mesure où ces avis médicaux contradictoires sont basés chacun sur des appréciations ayant un caractère probant, il y a dès lors lieu de mettre en oeuvre une expertise orthopédique. L'assurée estime qu'un complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique se justifie également eu égard aux appréciations divergentes concernant son aptitude à exercer une activité lucrative en lien avec ses problèmes psychiques. Elle ajoute que l'OAI a omis de tenir compte de son « très faible quotient intellectuel ». Sous un autre angle, la recourante confirme présenter un statut de 100% active mais conteste le calcul de son préjudice économique tel qu'effectué par l'intimé. Elle soutient sur ce point que, n'ayant pas pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes à cause de son invalidité, son revenu de valide aurait dû être calculé conformément à l'art. 26 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et s'élèverait ainsi, pour l'année 2012, à 77'000 fr. Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet dans sa réponse du 9 juillet 2013. Sur le plan médical, l'OAI estime que les rapports d'examen clinique du SMR des 1er et 24 octobre 20102 sont probants et que leurs conclusions ne sont pas remises en doute par les comptes-rendus des médecins traitants de la recourante. Sous l'angle économique, l'office relève que même à admettre que l'intéressée n'ait pas pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes à cause de son invalidité (ce qui n'est pas établi en l'espèce), il demeure que l'application de l'art. 26 al. 1 RAI n'a aucun impact concret dans le cas particulier, dès lors que la table prévue par cette disposition ne porte à conséquence sur le revenu de valide – calculé conformément à l'enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires – que jusqu'à l'âge de 30 ans révolus. En outre, dès lors que l'assurée s'est mariée à 17 ans à un homme qui ne souhaitait pas la voir travailler et qu'elle n'a jamais entrepris de formation professionnelle, l'art. 26 al. 2 RAI n'entre pas en ligne de compte.

- 15 - Aux termes de sa réplique du 19 août 2013, la recourante confirme ses précédents motifs et conclusions, tout en soulignant que l'abattement sur le revenu d'invalidité devrait atteindre non pas 10% mais 20%, comme pourrait le démontrer une expertise complémentaire. Dans sa duplique du 3 septembre 2013, l'intimé maintient sa position. 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'AI (cf. 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'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile – compte tenu des fêtes pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA) – selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. 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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 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

- 16 - principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c ; cf. ATF 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI, à la suite de la nouvelle demande qu'elle a déposée le 16 mars 2010. 3. a) Tant le droit au reclassement professionnel (cf. art. 17 LAI) que le droit à une rente (cf. art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 8 al. 1 LPGA). 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 (cf. art. 7 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 (cf. art. 6 LPGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 LAI) et à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

- 17 - b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, 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 ; cf. TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert

(psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 ; cf. TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). c) Aux termes de l'art. 87 RAI (nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). Ces dispositions correspondent aux alinéas 3 et 4 de l'art. 87 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, c'est-à-dire encore au moment de la nouvelle demande déposée par l'assurée le 16 mars 2010. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 68 consid. 5.2.3 et 117 V 200 consid. 4b avec les références ; cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même

- 18 - situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; cf. TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; cf. TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 et TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (cf. ATF 109 V 114 consid. 2b ; cf. TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPG, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

- 19 - 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1). b) 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. 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, 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; ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en

- 20 - raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG A et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (cf. TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1, 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 avec les références ; cf. également consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant 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 (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; cf. TF 9C_500/2011 précité loc. cit., 9C_28/2011 précité loc. cit. et 9C_745/2010 précité loc. cit.). 5. L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 16 mars 2010 et a repris l'instruction en procédant notamment à un examen clinique orthopédique puis psychiatrique au SMR. Il convient dès lors d'examiner si

l'état de santé de la recourante

- 21 - s'est modifié depuis la décision du 21 mai 2008, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations de l'AI. a) Pour statuer sur les prétentions de l'assurée dans le cadre de la première procédure AI, l'office s'est essentiellement fondé sur le rapport d'examen clinique orthopédique du Dr T. _____ du 17 décembre 2007. Dans son compte-rendu, ce dernier médecin signalait des atteintes incapacitantes sous forme de subluxations récidivantes des deux rotules, d'arthrose fémoro-patellaire débutante à gauche et de status après multiples interventions du genou gauche pour tentative de stabilisation rotulienne. S'agissant des limitations fonctionnelles, il considérait que l'assurée était en mesure d'exercer un travail sédentaire ou semi-sédentaire lui permettant d'étendre les genoux à sa guise, que de courts déplacements à plat étaient possible, mais qu'il y avait lieu d'éviter tout métier impliquant de monter ou descendre des escaliers ou des pentes à répétition ainsi que le travail accroupi ou à genoux. Cela étant, selon le Dr T. _____, l'intéressée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et ce depuis toujours. C'est sur la base de cette appréciation que l'OAI a retenu, aux termes de sa décision du 21 mai 2008, que la perte de gain de la recourante était insuffisante pour pouvoir prétendre à des prestations d'invalidité. b) Sur le plan somatique, la décision litigieuse se fonde sur le rapport d'examen clinique orthopédique du Dr T. _____ du 1er octobre 2012 pour retenir que la recourante présente des atteintes ostéoarticulaires engendrant un certain nombre de limitations mais ne justifiant toutefois aucune diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée à ces mêmes restrictions. aa) Dans son rapport du 1er octobre 2012, le Dr T. _____ a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de subluxations récidivantes des deux rotules, de gonarthrose prédominante fémoro-patellaire à gauche, de status après multiples interventions des deux genoux pour tentative de stabilisation rotulienne, de chondromalacie de la rotule droite et de dorsalgies. Concernant les limitations

- 22 - fonctionnelles, ce médecin a estimé que l'assurée pouvait exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire lui permettant de mobiliser ses genoux à sa guise, que de courts déplacements à plat étaient possible, mais que l'intéressée devait en revanche éviter de monter ou descendre des escaliers ou des pentes à répétition, de marcher en terrain irrégulier, de travailler accroupie ou à genoux et de porter des charges. A l'aune de ces éléments, le Dr T. _____ a considéré que la recourante disposait d'une capacité de travail de 93% dans l'activité habituelle de ménagère et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis toujours. bb) Rien au dossier ne vient mettre en doute les conclusions du Dr T. _____. En ce qui concerne le Dr V. _____, on rappellera que, le 5 février 2010, ce médecin a évoqué une atteinte sévère des articulations fémoro-patellaires des deux genoux – plus grave à gauche – ayant nécessité plusieurs opérations et a annoncé la mise en place prochaine d'une prothèse fémoro-patellaire. Le 24 décembre 2010, il a signalé que l'intéressée demeurait totalement invalidée par de graves problèmes de l'appareil extenseur des deux genoux et que l'implantation d'une prothèse fémoro-patellaire au niveau du genou droit, initialement prévue pour le 14 décembre 2010, avait été repoussée à une date indéterminée. Le 21 novembre 2011, le Dr V. _____ a exposé que l'assurée avait subi une chondroplastie de la rotule du genou droit – qui présentait une chondromalacie assez importante – le 8 septembre 2011, que les suites post-opératoires avaient été simples et que la fonction articulaire était actuellement bonne, avec une articulation fémoro-patellaire stable. Il a ajouté que la situation demeurait

inchangée s'agissant du genou gauche, qui présentait une importante instabilité fémoro-patellaire et nécessiterait probablement l'implantation d'une prothèse, la date du 2 mars 2012 ayant été retenue en vue d'une telle intervention. Enfin, il a mentionné que l'incapacité de travail demeurait totale et s'est pour le surplus référé à son précédent rapport.

- 23 - Cela étant, on constate que le Dr V. _____ a mentionné des troubles somatiques parfaitement connus du Dr T. _____, qu'il ne s'est pas exprimé quant aux limitations fonctionnelles y relatives et qu'il a affirmé péremptoirement que les atteintes en question justifiaient une pleine incapacité de travail, sans motiver ses dires. Ce médecin s'est en définitive limité à exposer succinctement sa propre appréciation de la situation, sans étayer son point de vue par des éléments objectifs concrets dont le Dr T. _____ n'aurait pas eu connaissance et qui justifieraient de s'écarter de la capacité de travail fixée par ce dernier à 100% dans une activité adaptée sur le plan ostéoarticulaire. L'analyse du Dr V. _____ s'avère ainsi bien trop sommaire pour pouvoir emporter la conviction de la Cour de céans. Au demeurant, il convient d'ajouter que si ce médecin a décrit une évolution post-opératoire favorable suite à l'intervention du 8 septembre 2011 (cf. rapport du 21 novembre 2011), le spécialiste du SMR a quant à lui adopté une position plus nuancée en prenant note des déclarations de la recourante selon lesquelles dite intervention n'aurait apporté aucun bénéfice (cf. rapport du 1er octobre 2012 p. 2 et 4). A la lumière de ce qui précède, on ne peut donc considérer l'appréciation du Dr V. _____ comme probante. Il convient par conséquent de donner la préséance à l'analyse approfondie et détaillée effectuée par le Dr T. _____. Pour le surplus, on relèvera encore que les indications fournies par le chirurgien traitant concernant les opérations prévues sont laconiques. On ignore notamment pourquoi l'implantation d'une prothèse fémoro-patellaire a tour à tour été évoquée en relation avec le genou droit puis avec le genou gauche de l'assurée, sans qu'aucune prothèse ne soit au final mise en place – l'opération du 14 décembre 2010 (genou droit) ayant été annulée sans qu'une nouvelle date ne soit fixée et l'intervention du 2 mars 2012 (genou gauche) n'ayant manifestement pas non plus eu lieu au vu du dossier. Tout au plus résulte-t-il de l'examen clinique mené par le Dr T. _____ qu'une arthroscopie fémoro-patellaire était prévue pour la fin de l'année 2012 (cf. rapport du 1er octobre 2012 p. 4), étant précisé que l'on ignore si cette opération a effectivement eu lieu mais qu'en tout état de cause le Tribunal ne dispose d'aucun élément incitant à

- 24 - s'écarter de l'avis de la Dresse K. _____, considérant qu'une telle intervention n'aurait pas d'influence durable sur la situation de la recourante (cf. rapport SMR du 1er novembre 2012 p. 2). Par ailleurs, il sied de noter que, dans son rapport du 20 février 2012, la Dresse L. _____ s'est prononcée de manière lacunaire sur les troubles somatiques de la recourante. En effet, bien qu'ayant retenu le diagnostic incapacitant de status post multiples interventions sur les genoux depuis l'enfance (15 opérations au total), cette praticienne a pour l'essentiel renvoyé à l'avis du Dr V. _____ concernant les atteintes orthopédiques ainsi que le pronostic y relatif, et s'est contentée d'évoquer une incapacité de travail de 100% ainsi que des restrictions au plan orthopédique sans fournir la moindre précision sur ces questions. Quoi qu'il en soit, la Dresse L. _____ n'a pas formellement exclu l'exercice d'une occupation conforme aux limitations ostéoarticulaires. Ainsi, invitée à décrire les travaux encore exigibles de l'assurée dans une activité adaptée, elle a mentionné des limitations somatiques s'inscrivant dans la lignée de celles retenues par le Dr T. _____ (à savoir : éviter les activités uniquement en position debout ou assise, les

activités exercées principalement en marchant, le travail en position accroupi ou à genoux ainsi que les activités nécessitant de soulever/porter, de monter sur une échelle ou un échafaudage ou de monter les escaliers [cf. annexe au rapport du 20 février 2012]). Par voie de conséquence, elle a implicitement estimé que l'exercice d'une activité répondant à ces exigences était envisageable. Dans ces conditions, on ne voit pas en quoi l'avis de la Dresse L. _____ permettrait de mettre en doute les conclusions du Dr T. _____. cc) En définitive, sur le plan orthopédique, il ne se trouve au dossier aucun avis médical qui inciterait à douter des conclusions exposées dans le rapport du 1er octobre 2012 du Dr T. _____, confirmées par la Dresse K. _____ du SMR le 1er novembre 2012. Par ailleurs, ce rapport procède d'une analyse complète des pièces mises à disposition et repose sur un examen clinique complet. L'appréciation de la situation médicale est bien expliquée, et les conclusions médicales sont motivées

- 25 - de manière cohérente et convaincante. Il y a par conséquent lieu d'admettre que le rapport du Dr T. _____ du 1er octobre 2012 répond en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante (cf. consid. 4b supra). Au surplus, il apparaît encore qu'outre ses troubles ostéoarticulaires, l'assurée souffre de certains problèmes pulmonaires, digestifs et thyroïdiens (cf. rapport de la Dresse L. _____ du 20 février 2012 ; cf. rapport du Dr M. _____ du 24 octobre 2012). Néanmoins, aucune pièce du dossier n'incite à penser que ceux-ci pourraient avoir une quelconque influence sur la capacité de travail et de gain. Rien ne s'oppose dès lors à retenir, sur la base des conclusions du Dr T. _____, que l'assurée dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, et ce depuis toujours – étant précisé qu'il n'y a pas lieu de faire cas de la capacité de travail de 93% retenue par ce médecin dans l'activité de ménagère, dès lors que l'intéressée doit être considérée comme 100% active, ce dont elle ne disconvient pas (cf. recours du 12 avril 2013 p. 7 ch. 2). Partant, sur le plan physique, il n'y a donc pas eu d'évolution significative depuis la décision initiale de refus de prestations du 21 mai 2008. c) Sur le plan psychique, la décision entreprise reconnaît à la recourante une pleine capacité de travail dans toute activité, sur la base du rapport d'examen clinique psychiatrique du Dr M. _____ du 24 octobre 2012. aa) Aux termes de son rapport du 24 octobre 2012, le Dr M. _____ n'a retenu aucune atteinte à la santé incapacitante, mais a posé les diagnostics sans impact sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, et de difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés durant l'enfance. A défaut d'un trouble

- 26 - psychique se répercutant sur la capacité de travail, le psychiatre du SMR n'a pas retenu de limitations fonctionnelles et a conclu que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était de 100% dans toute activité, depuis le début de la vie active de l'assurée. bb) Du point de vue strictement psychique, cette appréciation n'est infirmée par aucun élément au dossier. Il est constant que l'assurée a bénéficié d'un suivi à la Fondation Q. _____ – de 2007 ou 2008 (selon les versions) à juillet 2010 – et qu'elle a en outre été hospitalisée dans cette structure tout d'abord du 18 au 26 septembre 2009, puis du 8 au 16 février 2010. Plus particulièrement, lors d'un examen psychologique effectué les 24 et 27 août 2009 à la Polyclinique psychiatrique de la Fondation Q. _____, une structure psychotique franche a été évoquée (cf. rapport du 28 septembre 2009). En outre, à l'occasion de la première hospitalisation, les médecins de l'Hôpital psychiatrique de la Fondation Q. _____ ont posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de possible trouble de la personnalité sans précision et de difficultés liées à de possibles sévices sexuels

infligés durant l'enfance. Ils ont plus particulièrement observé que le séjour confirmait l'impression clinique d'un grave trouble de la personnalité associé alors à un trouble de l'humeur, dans le cadre d'une situation familiale extrêmement compliquée, marquée par un vécu d'injustice, et que l'assurée avait décidé de quitter l'hôpital au bout d'une semaine, dès l'amélioration de son état symptomatique (cf. rapport du 25 novembre 2009). Lors de la seconde hospitalisation, les médecins de l'Hôpital psychiatrique de la Fondation Q._____ ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen, de trouble de la personnalité de type psychotique et de difficultés liées à de possible sévices sexuels infligés durant l'enfance. Ils ont rapporté un épuisement psychique en lien avec une situation familiale et psycho-sociale compliquée et ont indiqué que l'intéressée avait quitté l'hôpital au terme d'une semaine et dès l'amélioration de son état psychique (cf. rapport du 29 mars 2010). Cela étant, il apparaît que le Dr M._____ a dûment pris position sur les troubles psychiques évoqués par

- 27 - les médecins de la Fondation Q._____. Comme ces derniers, le spécialiste du SMR a également conclu à des difficultés liées à de possible sévices sexuels infligés durant l'enfance. Il a par ailleurs expliqué les raisons l'ayant incité à s'écarter des autres diagnostics retenus par ses confrères de la Fondation Q._____. Ainsi, il a exposé que le trouble dépressif récurrent de la recourante était actuellement en rémission, les trois critères majeurs de la dépression étant absents (cf. rapport du 24 octobre 2012 p. 5), que l'on ne constatait aucun signe de la lignée psychotique et que, l'assurée s'étant montrée très calme durant l'examen, sans présenter d'irritabilité ou d'impulsivité, un trouble de la personnalité n'était pas retenu (cf. ibid. p. 4). Au final, rien au dossier ne tend à établir que les observations du Dr M._____ lors de l'examen clinique du 17 octobre 2012 seraient erronées, respectivement qu'il y aurait lieu de leur préférer les constatations formulées par les médecins de la Fondation Q._____ en 2009 et 2010. A cela s'ajoute que ces derniers ne se sont pas prononcés quant à la capacité de travail de la recourante du point de vue psychiatrique, contrairement au Dr M._____ qui s'est exprimé de manière claire et convaincante sur la question. Pour ces motifs, l'appréciation du spécialiste du SMR ne saurait être remise en cause par celle – plus ancienne et moins détaillée – des praticiens de la Fondation Q._____. On relèvera en outre que, dans ses observations du 4 janvier 2011, le psychiatre D._____ n'a mentionné aucun élément tendant à discréditer les conclusions du Dr M._____. Il n'a d'ailleurs retenu aucune atteinte à la santé ou limitation fonctionnelle et a relevé que l'assurée, qui l'avait consulté le 14 juin 2010 à des fins utilitaires (« pouvoir rester dans son appartement à haut loyer grâce à un soutien médical »), n'avait pas évoqué spontanément des accès d'anxiété ou des symptômes de la lignée dépressive et ne s'était plus manifestée après un seul et unique rendez-vous. Dans son compte-rendu du 20 février 2012, la Dresse L._____ a pour sa part retenu que l'assurée souffrait des troubles de la personnalité incapacitants ; en outre, l'intéressée présentait un status post

- 28 - état dépressif sévère en 2009 sans impact sur la capacité de travail, étant précisé qu'au vu des difficultés familiales et privées on pouvait s'attendre à une rechute de l'état dépressif. La Dresse L._____ a de surcroît estimé que la capacité de travail était nulle et a mentionné des restrictions psychiques consécutives à une intolérance au stress, une difficulté d'adaptation et une fragilité mentale liée aux difficultés privées. Elle a ajouté que la problématique psychique jouait un rôle très important dans l'incapacité de travail de l'assurée. Force est de constater, toutefois, que si la Dresse L._____ a signalé des

troubles de la personnalité incapacitants, elle n'a en revanche pas motivé son point de vue mais s'est tout au plus référée dans l'anamnèse à un diagnostic de trouble mixte de la personnalité à trait immature et dépendant retenu en 2009 à la Polyclinique psychiatrique de la Fondation Q._____ (cf. rapport du 20 février 2012 ch. 1.4 p. 2). Or, à défaut de toute explication médicale, cette seule référence (non documentée) à un diagnostic posé trois ans plus tôt ne saurait suffire à infirmer l'appréciation du Dr M._____ concernant l'absence de signes d'un trouble de la personnalité (cf. rapport du 24 octobre 2012 p. 4). Dès lors que l'unique atteinte psychique incapacitante mentionnée par la Dresse L._____ ne résiste pas à l'examen, on voit mal comment il pourrait en aller autrement s'agissant de l'entière incapacité de travail et des limitations psychiques évoquées par cette praticienne. Quant au risque de rechute de l'état dépressif mis en avant par la Dresse L._____, il s'agit là d'une simple hypothèse qui n'est pas susceptible de remettre en question les conclusions dûment étayées du spécialiste du SMR selon lesquelles cette atteinte serait actuellement en rémission. Au final, il apparaît que la Dresse L._____ – spécialiste en médecine interne et non en psychiatrie – n'a fait qu'avancer sa propre évaluation de la situation sous l'angle psychique, qui plus est très succinctement, sans fournir d'éléments objectifs concrets qui auraient échappé à l'attention du Dr M._____. Les conclusions de celui-ci doivent donc l'emporter sur l'analyse de celle-là. cc) Pour le reste, le rapport d'examen du Dr M._____ – auquel s'est ralliée la Dresse K._____ du SMR le 1er novembre 2012 – satisfait en tous points aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur

- 29 - probante (cf. consid. 4b supra), dans la mesure où il comporte des conclusions claires et bien motivées relevant d'un examen approfondi du cas de la recourante. Partant, on retiendra donc sur la base des conclusions du Dr M._____ que, sur le plan strictement psychiatrique, l'assurée dispose d'une entière capacité de travail dans toute activité. d) On relèvera toutefois qu'aux termes du rapport du 28 septembre 2009 de la Polyclinique psychiatrique de la Fondation Q._____, il est ressorti que, lors des examens psychologiques effectués en août 2009, la recourante avait été soumise à des tests du niveau intellectuel qui avaient révélé un QI verbal de 62, un QI performance de 58 et un QI total de 60, ces trois résultats correspondant à un niveau très faible selon l'âge de l'intéressée et les normes de la WAIS-III. Cette problématique, apparue au dossier pour la première fois en avril 2012 lors de la communication du rapport susdit par la Fondation Q._____, n'a toutefois fait l'objet d'aucun examen en bonne et due forme jusqu'à aujourd'hui. Notamment, le Dr M._____ a certes évoqué un QI de 60 en lien avec le compte-rendu du 28 septembre 2009 (cf. rapport du 24 octobre 2012 p. 1), mais il reste que ce médecin s'est abstenu de toute évaluation sous cet angle et s'est en définitive exclusivement prononcé sur le plan psychiatrique. Or, l'aspect mental ne saurait être négligé dans le cas particulier. Il est en effet admis que la quantification exacte du QI peut avoir un caractère invalidant (cf. TFA I 642/04 du 6 décembre 2005 consid. 3.2 et les références citées). Ainsi, selon le chiffre 1011 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : l'OFAS), toute diminution des facultés intellectuelles (oligophrénie, imbécillité, idiotie, démence) doit être quantifiée au moyen de séries de tests adéquats. Un quotient intellectuel inférieur à 70 s'accompagne en règle générale d'une capacité de travail réduite. Il est toutefois nécessaire de procéder dans

- 30 - chaque cas à une description objective des conséquences sur le comportement, l'activité professionnelle, les actes ordinaires de la vie et l'environnement social. La

nécessité d'un tel examen dans chaque cas particulier a du reste été confirmée par la jurisprudence fédérale (cf. TF 9C_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 6.2). En l'espèce, le rapport d'examen psychologique du 28 septembre 2009 de la Policlinique psychiatrique de la Fondation Q. _____ a conclu à un QI total de 60, inférieur à la valeur de 70 à compter de laquelle la capacité de travail peut être considérée comme réduite conformément au chiffre 1011 CIIAI. A cela s'ajoute que la recourante n'a jamais travaillé – ayant alternativement expliqué sur ce point que son ex- mari ne souhaitait pas la voir exercer une activité lucrative (cf. rapport d'examen psychiatrique du 24 octobre 2012 p. 2), respectivement qu'elle n'avait jamais occupé emploi dans sa vie car elle s'en était sentie incapable (cf. rapport d'enquête économique sur le ménage du 24 avril 2007 p. 2) – et que même si elle a déclaré s'occuper seule de ses papiers administratifs (cf. rapport d'examen clinique psychiatrique du 24 octobre 2012 p. 3), elle a également concédé devoir faire face à d'importants problèmes avec différents services de l'administration (cf. ibid. pp. 3 et 5). Or, rien au dossier ne permet de se prononcer en toute connaissance de cause sur l'existence d'un éventuel lien entre l'absence de parcours professionnel ainsi que les difficultés administrative de la recourante d'une part, et ses facultés intellectuelles limitées d'autre part. A la lumière de ces éléments et compte tenu des principes découlant de la CIIAI, il incombait donc à l'OAI d'examiner l'existence d'une éventuelle incapacité de travail en lien avec une atteinte à la santé mentale. Il appartenait plus particulièrement à l'office de faire procéder à une évaluation objective des répercussions concrètes du niveau intellectuel de la recourante sur la situation de cette dernière, ou alors, s'il entendait mettre en cause les conclusions du rapport d'examen psychologique du 28 septembre 2009, de mettre en œuvre un nouveau test de QI.

- 31 - Dès lors que l'intimé a fait l'impasse sur cette problématique, la Cour de céans n'est dès lors pas en mesure de statuer en l'état du dossier. e) En résumé, si l'instruction menée par l'OAI échappe à la critique sur les plans somatique et psychique, des lacunes subsistent en revanche en ce qui concerne l'aspect mental. La Cour de céans ne peut donc trancher le litige à satisfaction de droit. 6. Attendu que le dossier de la cause présente des carences sur le plan médical, il ne saurait être question de procéder ici à l'examen du degré d'invalidité de la recourante. Les griefs soulevés sur ce plan n'ont donc pas à être analysés dans le présent arrêt. Cela dit, en ce qui concerne l'art. 26 RAI invoqué par la recourante en relation avec le calcul du gain de valide, on relèvera par surabondance que le revenu moyen des salariés à prendre en compte lors de l'évaluation de l'invalidité sur la base de l'art. 26 al. 1 RAI pour un assuré de plus 30 ans révolus est supérieur à 70'000 fr. depuis de nombreuses années (il atteignait déjà 75'000 fr. en 2009 [cf. lettre circulaire de l'OFAS du 25 septembre 2008], soit avant même le dépôt de la nouvelle demande de prestations du 16 mars 2010, et se chiffre actuellement à 77'000 fr. [cf. lettre circulaire de l'OFAS n° 324 du 27 novembre 2013]), et dépasse ainsi largement le gain de valide de 54'821 fr. 62 retenu aux termes de la décision entreprise. Partant, on peine à comprendre l'argument de l'intimé selon lequel il serait concrètement exclu que l'art. 26 al. 1 RAI – à supposer qu'il soit applicable – puisse avoir un impact concret sur le revenu sans invalidité (cf. réponse du 9 juillet 2013 p. 1). 7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis 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

- 32 - 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 (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, il s'avère que le dossier de la cause présente des lacunes sur le plan médical, s'agissant de l'évaluation des facultés intellectuelles de la recourante. Compte tenu de ces carences, ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de son état de santé sur sa capacité de travail n'ont pu être établis à satisfaction de droit. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner 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 aI. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il appartiendra dès lors à l'intimé de compléter l'instruction concernant l'évaluation des facultés intellectuelles de l'assurée, dans la mesure définie au considérant 5d ci-dessus, puis de statuer à nouveau sur le droit aux prestations de l'intéressée.

- 33 - 8. 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). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à 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 1'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD ; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]). A noter que, l'octroi de l'assistance judiciaire ayant été limité aux frais de justice sans désignation d'un avocat d'office, aucune indemnité n'est due à ce titre.

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