

VD_GERICHTE ZD13.019909 vom 24. April 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-04-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.019909

FR: VD_GERICHTE ZD13.019909 du 24 avril 2014

IT: VD_GERICHTE ZD13.019909 del 24 aprile 2014

Erwägungen

E. 2

La question litigieuse porte en l'espèce sur l'évaluation de l'état de santé, respectivement de la capacité de travail résiduelle, de la recourante dès le 1er janvier 2012 et partant, son droit éventuel à la rente AI.

E. 3

a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et

E. 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. 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 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 (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 op. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2). 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en

- 27 - 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, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1er octobre 2013, consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C_66/2013 du 1er juillet 2013, consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, 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; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Il a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de doute sur la pertinence de ses constatations, compte tenu des divergences avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise - 28 - externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4).

E. 5

a) 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 (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art.

E. 8

LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.1 et 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). b) Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté

raisonnablement exigible (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 131 V 49). Le Tribunal fédéral a reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne

- 29 - incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2, 131 V 49 et 130 V 352 consid. 2.2.3). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (cf. ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence citée). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (cf. ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (cf. TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 3.2 avec les références citées, et TF I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TF I 87/2006 du 31 janvier 2007, consid. 3.3 in fine et jurisprudence citée). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles

- 30 - ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 et 131 V 49; cf. TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2 et TF I 81/2007 précité loc. cit.). 6. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, on relève à titre liminaire que l'ensemble des médecins consultés s'accordent quant à l'existence d'une incapacité de travail de 100 % pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2011, ce point n'étant dès lors pas contesté. a) Sur le plan orthopédique, il ressort des rapports médicaux des Drs N. _____ et G. _____ des 17 octobre 2011, respectivement 2 décembre 2011, que jusqu'à l'intervention pratiquée en date du 1er septembre 2011 sous la forme d'une plastie interépineuse en L4-L5, les lombalgies chroniques sur insuffisance segmentaire L4-L5 et L5-S1 n'avaient pas pu être résolues ni par les traitements conservateurs ni par les blocs facetiaires précédemment mis en place. Le 1er février 2012, le Dr N. _____ retient une capacité de travail résiduelle de 25 % de l'assurée en indiquant cependant la nécessité d'un examen complémentaire par le médecin-conseil de l'AI. Quant à la Dresse G. _____, elle retient le 6 février 2012 une capacité de travail de sa patiente de 0 % et indique qu'aucune activité ne peut pour le moment être exercée au vu de l'état psychique et

physique de la recourante. Au terme d'un examen bidisciplinaire réalisé le 10 juillet 2012, le Dr Z._____ (spécialiste en médecine physique et rééducation) du SMR pose les diagnostics invalidants de lombalgies chroniques et de troubles dégénératifs débutants avec des limitations fonctionnelles et considère que l'exercice d'une activité semi-sédentaire avec possibilité de varier les positions est possible à un taux de 100%. Il relève en outre un déconditionnement musculaire important de l'assurée alors en cours de traitement (reconditionnement, réentraînement à l'effort et suivi de l'Ecole du dos). Il retient une incapacité de travail totale du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2011 et une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à

- 31 - partir de janvier 2012, soit trois mois après l'opération du 1er septembre 2011. Le Dr Z._____ indique qu'après la réussite des mesures de reconditionnement musculaire, qui nécessite un minimum de six à neuf mois, la recourante va vraisemblablement récupérer une pleine capacité de travail. Selon la recourante, cet avis est contredit en partie d'une part, par celui du Dr Q._____ (cf. rapports des 13 septembre 2012 et 13 février 2013) et, d'autre part, par celui de la Dresse G._____ (cf. rapport du 15 février 2013). L'intimé a soumis ces nouveaux rapports divergents aux médecins de son SMR qui, le 2 avril 2013, ont retenu que ces appréciations n'étaient pas de nature à rediscuter le bien-fondé de leur conclusions précédentes (à savoir celles du rapport SMR établi le 14 septembre 2012 qui reprennent les résultats de l'examen bidisciplinaire effectué le 10 juillet 2012 au SMR). La recourante soutient quant à elle que les pièces médicales en question sont de nature à faire naître un doute sur l'exactitude des conclusions du rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 5 septembre 2012. On observe en premier lieu avec l'intimé que la recourante n'est pas fondée à lui reprocher un défaut d'examen des rapports des Drs Q._____ et G._____ produits postérieurement au rapport d'examen bidisciplinaire du 5 septembre 2012. On constate en effet que lesdits rapports médicaux ont effectivement été examinés en détail par le service médical de l'AI dans son avis SMR du 2 avril 2013. Le fait que les médecins de l'AI n'aient alors ni rencontré ni réexaminé l'assurée n'a aucune incidence sur la valeur de leur travail dès lors que leur rôle consistait uniquement à devoir se déterminer sur des avis contraires émanant de confrères. Partant ces critiques ne constituent en aucun cas des motifs impérieux justifiant de s'écarter des conclusions ressortant de l'avis médical SMR précité. aa) Concernant le rapport du 13 septembre 2012 du Dr Q._____, on relève que si les diagnostics posés se recoupent en grande partie avec ceux retenus par les médecins du SMR le 5 septembre 2012, c'est uniquement leur incidence sur la capacité de travail résiduelle de la recourante qui s'en différencie. Par ailleurs, le Dr Q._____ rejoint les constatations des spécialistes du SMR puisqu'il est également d'avis que,

- 32 - par le suivi d'une réhabilitation intensive, une réduction des limitations rhumatologiques est envisageable. On doit par conséquent admettre que le Dr Q._____ ne fait pas état de constatations médicales distinctes et qui auraient échappé aux médecins du SMR lors de leur examen bidisciplinaire de juillet 2012. Quoique paraisse en dire la recourante, l'appréciation du Dr Q._____ au terme de son rapport du 13 septembre 2012 ne constitue qu'une appréciation distincte d'un même état de fait sur le plan médical que celui observé en son temps par les médecins du SMR. Cet avis n'est dès lors pas à même de rediscuter le bien-fondé du rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 5 septembre 2012. On retiendra ainsi par analogie qu'il ne suffit pas qu'un rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux dont il

résulte que les bases de la décision entreprise comporteraient des défauts objectifs (cf. TF 9C_1051/2012 du 21 mai 2013, consid. 4.2.1 qui traite des conditions d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGa). bb) S'agissant ensuite du rapport médical du 13 février 2013 du Dr Q. _____, on observe à l'instar de l'intimé que ce médecin y fait des allusions qui sortent de son champ de compétence, à savoir celui de constatations d'ordre purement médical. Le Dr Q. _____ y expose en ce sens que « compte tenu des implications financières auxquelles la famille a dû faire face, je pense malgré tout qu'une rente transitoire aurait été un moyen de participer à l'investissement réalisé, dans un contexte familial lourdement éprouvé ». Le rapport du Dr Q. _____ datant de la mi-février 2013 ne permet pas de mettre en doute les conclusions du SMR du 5 septembre 2012. Au contraire, il semble les conforter lorsqu'il retient qu'une activité professionnelle à temps partiel est exigible, mais que depuis le début d'année 2013. cc) Quant au rapport médical établi le 15 février 2013 par la Dresse G. _____, il appelle la même réserve quant à ses constatations et conclusions que celle précédemment faite en relation avec le rapport du

E. 13

février 2013 du Dr Q. _____. Au terme de son analyse de l'état de santé de la recourante, la Dresse G. _____ mentionne que « C'est pour cela qu'il me semble nécessaire d'octroyer à Madame J. _____ une aide

- 33 - financière sous forme de rente en tout cas pour l'année 2010 et 2011 (...) ». Il y a ainsi à nouveau matière pour la Cour de céans à se distancer de l'avis médical du médecin traitant de la recourante. Pour l'ensemble de ces motifs, le rapport médical du 15 février 2013 de la Dresse G. _____ n'est également pas de nature à rediscuter le bien-fondé du rapport d'examen SMR du 5 septembre 2012. b) Sur le plan psychiatrique, au terme d'un examen bidisciplinaire réalisé le 10 juillet 2012, le Dr S. _____ (spécialiste en psychiatrie) du SMR ne retient en définitive pas de diagnostic invalidant au sens de l'AI. Il pose uniquement les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de troubles de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) et de trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Cela s'inscrit en opposition avec le diagnostic d'épisode dépressif réactionnel posé par la Dresse G. _____ dans son rapport médical du 2 décembre 2011, ainsi que la péjoration de l'état dépressif rapportée par ce même médecin en date du 6 février 2012. Au terme de son examen clinique, le Dr S. _____ constate qu'un seul des critères est rempli chez la recourante, de sorte qu'il n'est pas possible de retenir un épisode dépressif caractérisé. De plus, excepté le critère d'une idéation suicidaire passive fluctuant, ce psychiatre observe que tous les autres critères mineurs de la dépression sont absents. Il ne retrouve également aucun des symptômes en faveur d'un syndrome somatique. Constatant l'impact sur le psychique de l'apparition des douleurs lombaires dont est atteinte la recourante, le Dr S. _____ pose le diagnostic de trouble de l'adaptation. Face à un tableau de douleurs persistantes qui ne trouvent pas une étiologie physiologique ou psychique, ce psychiatre discute ensuite les critères de sévérité qui permettent d'apprécier le caractère invalidant de l'affection du trouble somatoforme douloureux (cf. consid. 5b supra). Il relève ainsi que si le cas d'espèce est effectivement constitutif d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, l'ensemble des autres critères déterminants n'en sont pas pour autant remplis. C'est pour ces motifs que le Dr S. _____ retient au final le diagnostic de trouble somatoforme

- 34 - indifférencié. Il est par ailleurs ici le lieu de relever que les constatations contraires de la Dresse G. _____ dans son rapport du 15 février 2013, outre le fait qu'elles ne sauraient déjà être suivies pour les motifs ci-avant mentionnés (cf. consid. 6a/cc), n'émanent pas d'un psychiatre – la Dresse G. _____ étant spécialiste en médecine générale – et ne s'appuient pas lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu. Or il s'agit là d'exigences à remplir selon la jurisprudence topique pour la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique (cf. consid. 5a supra). c) Il ressort du rapport d'examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) des Drs Z. _____ et S. _____ du SMR du 5 septembre 2012 que la recourante présente essentiellement un trouble structurel ostéoarticulaire aggravé par le déconditionnement musculaire, qui est à l'origine d'incapacité de travail dans des activités à forte charge et moyenne physique. Dans une activité semi-sédentaire, avec possibilité de variations des positions, un taux médico-théorique de 100 % est possible. En l'état, vu le déconditionnement musculaire important de l'assurée, elle présente une diminution de rendement de 50 %. Après le reconditionnement musculaire, la réadaptation à l'effort et l'Ecole du dos, il est vraisemblable qu'elle puisse récupérer une pleine capacité de travail dans des activités à caractère semi-sédentaire permettant des variations de positions à sa guise. Ils retiennent une incapacité de travail de 100 % du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2011 et une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à compter du mois de janvier 2012. Il était par ailleurs vraisemblable que moyennant une prise en charge optimale (réadaptation progressive à l'effort et reconditionnement musculaire), l'intéressée puisse recouvrer une pleine capacité de travail. Ces conclusions ont par ailleurs été reprises par le Dr M. _____ du SMR le 14 septembre 2012. Par contre, un rapport de la division de réadaptation de l'OAI a retenu le 28 novembre 2012 que l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle et que dans la mesure où celle-ci travaillait à 50 %, elle ne subissait pas de perte économique. Cette appréciation est erronée dans la mesure où les spécialistes du SMR se sont basés sur un taux de 100 %

- 35 - pour retenir une diminution de rendement de 50 %. Il s'ensuit que l'assurée présente une diminution de rendement de 25 % sur un 50 % dans son activité habituelle, qui est adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cette appréciation correspond par ailleurs à celle du 1er février 2012 du Dr N. _____. Le degré d'invalidité de la recourante aurait ainsi dû être calculé comme il suit :
Activité partielle Part Empêchement Degré d'invalidité Active
50 % 25 % 12.50 % Ménagère 50 % 59.25 % 29.65 % Degré d'invalidité 42.15 %
Ce taux d'invalidité ouvre le droit à un quart de rente à compter du 1er janvier 2012. Compte tenu de la prémisse erronée retenue par l'OAI, celui-ci n'a pas examiné la possibilité pour la recourante de recouvrer une pleine capacité de travail dans son activité habituelle à 50 % à la suite de la réussite de mesures de reconditionnement et conformément à son obligation de diminuer son dommage. A cet égard, les spécialistes du SMR retiennent qu'au vu du déconditionnement musculaire confirmé par les documents radiologiques à disposition, la réadaptation progressive à l'effort et le reconditionnement musculaire nécessitent un minimum de six à neuf mois, à compter de l'examen clinique SMR du 10 juillet 2012. Quant au Dr Q. _____, il constate que ce n'est que depuis le début de l'année 2013 qu'une activité professionnelle à temps partiel pourrait être exigible de la part de la recourante. La Dresse G. _____ atteste pour sa part une incapacité de travail totale jusqu'au 31 décembre 2012 en tout cas et constate que l'assurée a fait un énorme effort de musculation et de reconditionnement du dos durant l'année 2012, que ces efforts ont porté leurs fruits, étant donné qu'elle est beaucoup moins algique et qu'elle a pu renoncer à fin

2012 au Targin®, relevant par contre qu'un essai d'arrêt du Saroten® s'était soldé par un échec. Le Dr Q._____ fait également mention d'une

- 36 - rééducation récente après des infiltrations, permettant de diminuer l'intensité des douleurs et en même temps de bénéficier d'une mobilisation active en piscine, parallèlement à un reconditionnement musculaire et un traitement antalgique (rapports des 13 septembre 2012 et 13 février 2013). Il s'ensuit que s'il est établi que la recourante présente un taux d'invalidité lui ouvrant le droit à un quart de rente à compter du 1er janvier 2012, la Cour de céans ne peut déterminer, à défaut d'instruction médicale sur ces questions, si les mesures de reconditionnement entreprises par la recourante lui ont permis d'améliorer sa capacité de travail et le cas échéant à partir de quelle date. d) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait; cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

- 37 - Au vu des circonstances du cas d'espèce, il apparaît justifié de renvoyer le dossier à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical. Il appartiendra à l'office intimé soit de faire convoquer l'assurée par les médecins du SMR, soit d'ordonner une expertise – rhumatologique et psychiatrique – auprès d'un expert indépendant (art. 44 LPGA). 7. En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs et seront supportés par l'intimé qui succombe. La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens dont il convient d'arrêter le

montant à 1'800 fr. TVA comprise, à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD).

- 38 -

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