

VD_GERICHTE ZD13.039505 vom 16. September 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-09-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.039505

FR: VD_GERICHTE ZD13.039505 du 16 septembre 2014

IT: VD_GERICHTE ZD13.039505 del 16 settembre 2014

Erwägungen

E. 50

% défini par les médecins. Notre approche économique tient compte de l'influence des limitations fonctionnelles sur la capacité de gain puisqu'un abattement supplémentaire de 10 % sur le salaire statistique de l'ESS (enquête suisse sur la structure des salaires) a été retenu dans ce but. Nous rappelons également qu'une aide au placement a été proposée à Mme T._____, et que dans ce cadre, différentes mesures pourraient être mises en place pour la soutenir dans une reprise d'emploi ; nous pensons notamment à une allocation d'initiation au travail, qui a pour but de compenser un rendement inférieur à la norme pendant les premiers mois d'activité. Vous remettez d'autre part en question la date de début du droit aux prestations, en contestant le fait que nous soyons dans un cas de reconsidération de notre précédente décision de refus de rente. S'agissant de la date de début de l'incapacité de travail ininterrompue tout d'abord, elle a été fixée sur la base des conclusions de l'examen clinique bidisciplinaire effectué au SMR en septembre 2010. Les experts viennent expressément corriger rétroactivement la capacité de travail exigible dans une activité adaptée retenue dans notre décision de refus de prestations du 14 janvier 2008, en précisant que les prévisions d'amélioration prises en compte en 2008 ne se sont pas produites. Il n'y a d'autre part pas au dossier de description d'une aggravation objective postérieure à notre première décision. Ainsi, dans son rapport du 2 septembre 2009, le Dr P._____ indique que les différentes atteintes à la santé sont présentes depuis 2004 en tout

- 21 - cas, et que la situation n'a pas changé depuis son rapport de 2006. De même, le fait que l'assurée ait débuté un suivi psychiatrique ne signifie pas en soi que l'état de santé se serait aggravé ; le Dr A._____ évoque au contraire des atteintes psychiatriques présentes depuis plusieurs années dans son rapport de mars 2010. D'autre part, les conclusions de l'examen clinique SMR ne constituent pas selon nous qu'une autre appréciation d'un même état de fait. En effet, nous avons à l'époque retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée en nous basant sur les seules prévisions d'amélioration du Dr B._____, expert pour le compte de l'assurance perte de gain, et n'avons jamais vérifié cette amélioration a posteriori. Nous nous étions d'autre part basé sur le seul avis d'un spécialiste en médecine interne, alors que le diagnostic principal était d'ordre psychiatrique. Nous maintenons donc que notre décision de refus de rente du 14 janvier 2008 était manifestement erronée, et qu'elle doit par conséquent être reconsidérée en faveur de votre mandante, avec effet à partir du jour où le vice a été découvert. En conclusion, nous ne pouvons que maintenir notre position; vous recevrez prochainement une décision formelle d'octroi de demi- rente conforme à notre projet et sujette à recours." Par décision du 5 septembre 2013, l'Office AI a accordé à l'assurée le droit à une demi-rente à compter du 1er septembre 2010 basée sur un degré d'invalidité de 57 %. Ses

constatations étaient les suivantes : “Résultat de nos constatations Pour rappel, une décision de refus de prestations AI (rente et mesures professionnelles) vous a été notifiée le 14 janvier 2008. En effet, à cette époque, le Service Médical Régional AI (SMR) retenait que votre capacité de travail était de 50% dans votre activité habituelle et 100% dans une activité adaptée. Cette décision est entrée en force, faute de contestation. Le 23 janvier 2009, vous avez déposé une nouvelle demande de prestations AI. Une expertise médicale rhumatologique et psychiatrique a été mise en oeuvre en août [recte : septembre] 2010. Dans son rapport du 13 septembre [recte : 15 décembre] 2010, force est de constater que le Service Médical Régional AI est revenu sur sa position initiale. Il admet en effet que votre incapacité de travail est totale dans votre activité habituelle et ce depuis mi-mars 2004. Toutefois, vous conservez une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée et ce dès janvier 2005. Vous avez donc été convoquée par l’un de nos spécialistes en réinsertion professionnelle. Diverses mesures ont été mises en place

- 22 - (stages d’orientation) et se sont avérées positives. Toutefois, aucune formation n’est envisageable et la mise en place d’un reclassement professionnel ne permettrait pas de diminuer votre préjudice économique. Seule une aide au placement peut vous être octroyée (prière de vous référer à notre communication du 15 avril dernier). Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, lorsque l’assuré n’a pas — comme c’est votre cas — repris d’activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu’elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l’Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d’invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En l’occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4’225.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d’un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4’394.- (CHF 4’225.-x 41,6: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 52’728.-. Après adaptation de ce chiffre à l’évolution des salaires nominaux de 2010 à 2012 (+ 1,33%, + 1,31%; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 54’129.21. Attendu qu’on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50% (par ex. : conditionnement, mise sous pli, contrôle de qualité de notice, caissière de cafétéria), le salaire hypothétique est dès lors de CHF 27’064.60 par année. Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l’assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l’âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d’occupation. Il n’y a toutefois pas lieu d’opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d’invalidé, compte tenu de l’ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n’admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc). Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d’invalidé est justifié. Le revenu annuel d’invalidé s’élève ainsi à CHF 24’358.14. Sans atteinte à la santé, votre salaire annuel 2012, en tant qu’aide- infirmière se serait élevé à CHF 56’064.-.

- 23 - Comparaison des revenus: sans invalidité CHF 56'064.00 avec invalidité CHF 24'358.14 La perte de gain s'élève à CHF 31'705.86 = un degré d'invalidité de 57% Selon l'art. 88bis al. 1 let. c RAI, s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, l'augmentation de la rente prend effet dès le mois où le vice de la première décision a été découvert. En l'occurrence, c'est au moment de l'examen clinique SMR du 13 septembre 2010 que nous nous sommes rendus compte de notre erreur. Le droit à une rente d'invalidité peut donc être ouvert dès le 1er septembre 2010. Au vu de ce qui précède, notre décision est par conséquent la suivante : Dès le 1er septembre 2010, vous avez droit à une demi-rente d'invalidité (basée sur un degré d'invalidité de 57%).” C. Par acte du 12 septembre 2013, T. _____, représentée par Procap Suisse Service juridique, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision d'octroi d'une demi-rente précitée. Avec suite de dépens, la recourante a principalement conclu, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'elle a droit à une rente entière dès le 1er janvier 2009 et, subsidiairement, à son annulation le dossier de la cause étant renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire (nouvelle expertise) puis nouvelle décision. Elle observe en premier lieu qu'au terme de leur examen clinique du 13 septembre 2010, les médecins du SMR – à l'instar des médecins traitants – ont retenu une capacité de travail médico-théorique de 50 % tout au plus. Dans le but de compléter et de préciser ces données médicales, la recourante avait suivi deux stages d'orientation et un stage professionnel en entreprise. Elle avait en outre effectué un emploi temporaire subventionné en deux lieux distincts dans le cadre de son chômage. Sur la base du rapport de l'Orif de [...] du 13 février 2012 et de celui de N. _____ du 19 juillet 2012, la recourante relève qu'elle n'est pas à même de répondre aux exigences d'un emploi dans l'économie ; sa productivité déjà peu élevée en 2008 s'est lentement péjorée, ce qui a été constaté dans tous les stages effectués. Contrairement à ce que pourrait laisser penser le rapport final REA de l'OAI du 15 avril 2013, le comportement adéquat de la recourante durant tous

- 24 - les stages (très peu d'absences, peu de plaintes pour ne pas effectuer des tâches, respect des autres collègues et de la place de travail, etc.) n'est pas de nature à rediscuter les observations des professionnels sur la qualité de son travail. S'agissant du stage en entreprise auprès de C. _____ Sàrl, elle souligne qu'en l'absence d'évaluation écrite, il n'est pas admissible d'écarter les rapports de N. _____ et de l'Orif de [...]. Les seules affirmations, au demeurant peu précises, d'une personne de C. _____ Sàrl quant au caractère positif du stage suivi ne sauraient être suffisantes en l'espèce. Cet avis oral ne pourrait par conséquent pas se voir attribuer valeur probante eu égard aux autres rapports de stage au dossier, dont les contenus sont détaillés, précis et complets, d'autant plus que ceux-ci sont corroborés par l'avis du SMR qui conclut à une capacité de travail d'au plus 50 % en une activité adaptée. Partant, ce serait en réalité une capacité de travail résiduelle inférieure à 50 % qu'il conviendrait de prendre en compte étant d'ailleurs rappelé que seule une activité en atelier protégé dans un cadre rassurant, sans exigence de rendement, est envisageable. Dans un second moyen, la recourante est d'avis qu'au vu des circonstances, l'examen clinique SMR du 13 septembre 2010 ne mettrait nullement en évidence une erreur manifeste mais se contenterait d'apporter une nouvelle appréciation de sa situation médicale. Les conditions cumulatives pour une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) n'étant pas remplies, il y a en réalité matière à révision de la décision de refus antérieure de l'Office AI, qui en application de l'art. 88bis al. 1 RAI, débute alors avec

effet dès le 1er janvier 2009, soit à compter du mois où la demande de prestations a été déposée. La recourante a également demandé à la Cour de lui accorder l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais de justice. Par décision du 18 septembre 2013 du Juge instructeur, la recourante s'est vue accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire dans la mesure de l'exonération d'avances et des frais judiciaires avec effet au 13 septembre 2013.

- 25 - Au terme de sa réponse du 17 octobre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Renvoyant à ses précédentes explications, l'intimé estime que les arguments avancés ne peuvent pas être retenus. Il ajoute que si comme le prétend la recourante, les conditions d'une reconsidération ne sont pas satisfaites, aucune rente ne pourrait alors être allouée. Les renseignements au dossier ne font pas état d'une modification significative de la situation survenue après janvier 2008, de sorte qu'il n'y a pas motif à révision. Par réplique du 12 novembre 2013, la recourante a maintenu l'intégralité de ses conclusions. Elle indique pour le surplus, ne pas avoir d'explication complémentaire à fournir. Le 13 novembre 2013, l'OAI s'est vu remettre par la Cour de céans, pour information, copie de la réplique de la partie recourante. L'intimé n'a par la suite pas dupliqué. **E n d r o i t :** 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par

- 26 - le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile contre la décision rendue le 5 septembre 2013 par l'OAI. S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente entière depuis le 1er janvier 2009, il est admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 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 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 (ATF 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c, et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) La question litigieuse porte en l'espèce sur l'évaluation de l'état de

santé de la recourante, respectivement de la capacité de travail résiduelle de celle-ci dans une activité adaptée et partant, son droit éventuel à la rente entière. Il s'agira également de déterminer si les conditions d'une reconsidération étaient réunies, la recourante soutenant

- 27 - qu'il s'agit d'une révision de son droit à la rente, lui ouvrant le droit à compter du mois de janvier 2009. 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 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité, le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1er janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

- 28 - b) L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que le droit à la rente est échelonné, en ce sens que l'assuré a droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité pour un taux d'invalidité de 40 % au moins, à une demi-rente pour un taux d'invalidité de 50 % au moins, à trois quarts de rente pour un taux d'invalidité de 60 % au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins. c) 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). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; TFA I 490/03 du 25 mars 2004, consid. 3.2), 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 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, 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 (ATF 133 V 108 et 130 V 75 consid. 3.2). L'article 17 LPGA prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour

l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al.1). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par

- 29 - l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012; ATF 130 V 71 consid. 3). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait 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 les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 368 consid. 2 et la référence citée; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

- 30 - 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, 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, consid. 3.1, 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). e) Selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (TF 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C_426/2011 du 14 décembre 2011, consid. 4.3 et 9C_854/2010 du 30 décembre 2010, consid. 3.2 et les références citées; TFA 762/2002 du 6 mai 2003,

consid. 2). Cela étant, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure un assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (ATF 107 V 17 consid. 2b; TF 9C_136/2014 du 24 juin 2014, consid. 3.3, 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 op. cit., 9C_739/2010 du 1er juin 2011, consid. 2.3 et les références citées). En particulier, lorsque l'appréciation d'un COPAI (Centre d'observation professionnelle de l'AI) diverge sensiblement de celles des médecins d'un COMAI (Centre d'observation médicale de l'AI), il incombe à l'administration ou, en cas de recours, au

- 31 - juge, de confronter les deux appréciations, au besoin en requérant un complément d'instruction de la part du COPAI ou du COMAI (TFA I 248/05 du 7 novembre 2005, consid. 4 et la référence citée, I 277/04 du 11 avril 2005, consid. 2.2). En principe, l'évaluation finale de la capacité de travail fonctionnelle (par exemple travail assis ou travail debout uniquement, port de charges limité, etc.) résultant d'une atteinte à la santé est établie par les médecins et non par les spécialistes en réadaptation. Cependant, compte tenu de la jurisprudence qui exige une collaboration étroite entre les médecins et les spécialistes en réadaptation, dont les conclusions sont complémentaires, on ne peut faire l'impasse sur une évaluation professionnelle concrète et orientée au rendement pour évaluer la capacité de travail restante. S'il y a une divergence importante entre l'évaluation de la capacité de travail des médecins et les résultats obtenus pendant un stage lors duquel l'assuré a montré une motivation de travail impeccable et dont le rendement mesuré peut être confirmé d'une manière objective selon les spécialistes en réadaptation, des doutes sérieux sur les conclusions des médecins sont fondés et il est indispensable qu'une prise de position satisfaisant aux exigences de la jurisprudence soit demandée aux médecins (TF 8C_59/2013 du 22 avril 2013, consid. 3.3.1, 9C_737/2011 du 16 octobre 2012, consid. 3.3 et 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, consid. 3.3.2). 4. a) En l'espèce, le SMR, au terme de son examen clinique bidisciplinaire de la recourante en date du 13 septembre 2010, détermine une capacité médico-théorique de travail de « 50% tout au plus » (cf. rapport d'examen clinique SMR du 15 décembre 2010 des Drs E._____ et I._____, p. 10). Dans son rapport, le Dr G._____ retient également une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée à l'ensemble des limitations fonctionnelles de l'assurée (cf. rapport du 5 janvier 2010 du Dr G._____, p. 2). Tant le médecin traitant (Dr P._____) que le psychiatre traitant (Dr A._____) estiment que la

- 32 - recourante présente une capacité de travail de 50 % mais uniquement dans une activité adaptée dans un atelier protégé (cf. rapport du 26 février 2009 du Dr P._____ et rapport du 18 mars 2010 du Dr A._____), soit en réalité une incapacité de travail totale sur le marché du travail habituel, seule une activité occupationnelle à 50 % au maximum dans un atelier étant possible au vu de l'ensemble des limitations rhumatologiques et psychiatriques de l'assurée. Cet avis est par ailleurs partagé par la Dresse R._____, médecin-conseil du Service de l'emploi, qui constate au vu des échecs rencontrés que seule une activité occupationnelle à N._____ s'est révélée concluante (cf. rapport du 27 avril 2009 de la Dresse R._____). Afin de compléter et de préciser cette capacité de travail, en particulier en terme de rendement, dans le cadre de l'instruction de sa demande par l'Office AI, la recourante a suivi deux stages d'orientation professionnelle (le premier auprès de l'Orif de [...] et le second chez N._____) ainsi qu'un stage en entreprise auprès de C._____ Sàrl. Précédemment, l'assurée avait effectué un emploi temporaire subventionné (ETS) en deux lieux distincts ainsi qu'un stage

en atelier protégé mis en œuvre par le biais de l'assurance-chômage. A l'examen, il ressort des rapports de stages de l'Orif de [...] (du 13 février 2012 – [...]) et de N. _____ (du 19 juillet 2012 – [...] et [...]) que la recourante n'est pas à même de répondre aux exigences d'un emploi dans l'économie. En effet, selon ces rapports ; -l'assurée a un taux effectif de 93,33 % du taux de 50 % de présence (cf. rapport Orif, p. 1) ; -“les perspectives de réinsertion professionnelle de la recourante sont réduites, voire nulles” (cf. rapport Orif, p. 7) ; -lors de son stage chez N. _____, le rendement de la recourante a été évalué à 30%. Elle a en effet beaucoup de mal à gérer les situations de stress : Trajets en voiture, remarques de ses collègues et tâches multiples (cf. rapport N. _____, p. 4) ;

- 33 - - selon N. _____ (cf. p. 4), il paraît difficile d'envisager une reprise d'activité dans la première économie de marché. Les limitations tant physiques que psychologiques laissent à penser que la recourante aurait du mal à intégrer et à conserver un poste dans une entreprise classique. Elle a besoin d'un environnement adapté et d'un encadrement rassurant. Au vu de ce qui précède, on observe à l'instar de la recourante, une homogénéité des observations de tous ses stages et une lente péjoration de sa productivité, déjà peu élevée en 2008. Force est de reconnaître que l'assurée a eu un comportement adéquat durant l'ensemble de ses stages (à savoir très peu d'absences, peu de plaintes pour ne pas effectuer des tâches ainsi que le respect des autres collègues et de la place de travail, etc.) n'autorisant pas à rediscuter le bien-fondé des observations des professionnels quant à la qualité du travail fourni à ces occasions, nonobstant ce que laisse supposer la lecture du rapport final REA de l'intimé daté du 15 avril 2013. S'agissant des observations effectuées durant le stage en entreprise auprès de C. _____ Sàrl, il n'en existe simplement pas d'évaluation écrite, de sorte que l'on ne peut valablement s'y rallier sans qu'il ne subsiste quelques doutes sur l'exactitude des constatations rapportées oralement à l'OAI. De plus, et contrairement à ce que soutient l'intimé, la personne interpellée auprès de l'entreprise C. _____ Sàrl n'affirme pas que la recourante est arrivée à produire un rendement satisfaisant dans des activités simples et légères, mais au contraire que le rendement de l'assurée est difficile à estimer en raison de ses absences (cf. note de suivi du 25 juin 2013 de la Division réadaptation de l'OAI). Par conséquent, cet avis oral succinct ne peut revêtir une valeur probante prépondérante face aux autres rapports de stage dont les contenus sont détaillés, précis et complets (sur la notion de valeur probante, cf. consid. 3d supra). b) En l'occurrence, l'Office AI a fixé la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée en se basant

- 34 - uniquement sur les constatations et conclusions de l'examen clinique pluridisciplinaire SMR du 13 septembre 2010 – lequel consiste en un examen médical de l'assurée, à l'instar de la pratique du COMAI en la matière –, à l'exclusion des appréciations professionnelles faites par N. _____ et l'Orif de [...] au terme des stages d'observation mis en œuvre. Or, comme on l'a vu ci-avant, les conclusions du COPAI sont pourtant corroborées tant par celles du médecin-conseil du chômage que par le médecin traitant et le psychiatre traitant de la recourante. Dans la mesure où l'appréciation médicale du SMR diverge des appréciations professionnelles, pourtant étayées par des avis médicaux concordants, il n'est pas possible à la Cour de céans de statuer en l'état du dossier (cf. TF 8C_59/2013 du 22 avril 2013, consid. 3.3.1, 9C_737/2011 du 16 octobre 2012, consid. 3.3 et 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, consid. 3.3.2). 5. a) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être

consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les

- 35 - renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108). b) En l'espèce, comme indiqué ci-dessus (cf. consid. 4b supra), l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet par conséquent pas de trancher le litige à satisfaction de droit (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI pour nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire sous la forme de la mise en oeuvre d'une expertise à tout le moins bidisciplinaire (rhumatologique/orthopédique et psychiatrique) de la recourante (art. 44 LPGA) (cf. consid. 3e supra). En l'état, compte tenu de l'issue de la procédure, la question de savoir si l'office intimé a procédé par sa décision à la reconsidération ou à la révision de sa précédente décision peut souffrir de demeurer ouverte jusqu'à nouvelle décision de la part de l'OAI. 6. 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. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. 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

- 36 - 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. b) La recourante qui obtient gain de cause, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 7 al. 2 TFJAS [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]) et qu'il y a lieu de fixer à 1'500 fr. compte tenu de la complexité de l'affaire.

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