

VD_GERICHTE ZD15.036590 vom 19. Januar 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-01-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.036590

FR: VD_GERICHTE ZD15.036590 du 19 janvier 2017

IT: VD_GERICHTE ZD15.036590 del 19 gennaio 2017

Erwägungen

E. 50

% dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assurée, a été soumis aux médecins du SMR qui, dans un avis du 5 février 2015, ont indiqué que les affirmations du médecin traitant ne permettaient pas d'arriver à une solution différente de celle exprimée auparavant. Par décision du 21 juillet 2015, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, le degré d'invalidité déterminé étant de 26.51 %. Il a retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée tenant compte des limitations suivantes : port de charges, déplacements fréquents, marche en terrain irrégulier, montée ou descente d'escaliers, position statique de la nuque, station debout prolongée. L'OAI a considéré que la part consacrée à son activité lucrative serait de 60 % et celle

- 16 - consacrée aux tâches ménagères de 40 %. Le revenu sans invalidité en 2012 était de 40'759 fr. 85 et le revenu d'invalidité de 27'778 fr. 20. Compte tenu de l'activité professionnelle et ménagère, le degré d'invalidité était ainsi de 26.51 %. B. Par acte du 27 août 2015, V. _____, assistée de son conseil, recourt contre cette décision. Contestant disposer d'une capacité de travail résiduelle de 100 % dans une activité adaptée, elle fait grief à l'intimé de s'être fondé sur un examen orthopédique réalisé au SMR en 2010 et sur une expertise du Dr G. _____ de 2014 mise en œuvre par l'assurance-accidents. Elle considère disposer au mieux d'une capacité de travail résiduelle de 50 %, dans une activité adaptée à son état de santé. S'agissant du calcul de l'invalidité, elle conteste le montant du revenu sans invalidité, soutenant qu'il s'élève à 42'898 fr. 90, le fait que son revenu d'invalidité ait été pris en considération à 60 % alors que seul un revenu à 50 % était réalisable (20'576 fr. 44), de même que l'abattement de 10 %, alléguant qu'il ne tient pas suffisamment compte de son âge, de son manque d'expérience professionnelle, de sa faible formation scolaire, de son absence prolongée sur le marché du travail et de sa capacité de travail réduite. Enfin, considérant que son handicap dans la tenue de son ménage s'élève à 45.50 %, elle admet une invalidité ménagère de 18.20 %, soit une invalidité globale de 70.24 % donnant droit à une rente entière. Elle produit en outre un rapport d'IRM du genou droit établi le 13 juin 2014 par la Dresse T. _____, spécialiste en radiologie, de même qu'un rapport médical du Dr B. _____ du 27 août 2014. Dans sa réponse du 15 octobre 2015, l'OAI propose le rejet du recours. Il explique que les limitations fonctionnelles retenues pour l'exercice d'une activité adaptée permettent également au rachis de ne pas être trop sollicité. De même, le fait que le rapport médical du SMR ne mentionne pas clairement le diagnostic d'algodystrophie n'est pas absolument relevant, les limitations fonctionnelles étant en tous points identiques. L'intimé relève en outre que le Dr U. _____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail résiduelle, se contentant de renvoyer à une observation professionnelle, et que l'abattement retenu de 10 % n'est

- 17 - pas discutable, compte tenu de la pleine aptitude au travail déterminée sur la base de mesures de réadaptation démontrant que la recourante disposait des réquisits dans les domaines de la réception-accueil et de l'aide de bureau. Un avis médical du 6 octobre 2015 du Dr C. _____, médecin au SMR, est joint à cette réponse. La jonction des causes AA 55/15 et AI 232/15 requise par la recourante est refusée par ordonnance de la juge instructrice du 19 novembre 2015, tout en précisant que le dossier de l'assurance-invalidité est versé au dossier concernant l'assurance-accidents. Le 17 mars 2016, la recourante produit un rapport médical de son médecin du 16 mars 2016, sur lequel elle fonde sa réplique. Selon le Dr B. _____, son appréciation antérieure de la capacité de travail (50 à 80 %) de sa patiente devait être corrigée, en ce sens que cette capacité de travail n'était plus que de 20 % à partir du 1er janvier 2011, étant nulle jusqu'à cette date, en raison de l'évolution des stages effectués et de l'absentéisme prévisible. La recourante fait encore état de la contradiction entre ce rapport médical et l'avis du SMR de 2010 indiquant que sa capacité de travail était entière dans toute activité adaptée, trois mois après son accident. Constatant que le Dr B. _____ ne se prononce pas sur la question du handicap ménager, la recourante requiert un complément d'instruction sur cet aspect également. Dans sa duplique du 19 avril 2016, l'intimé confirme ses conclusions en rejet du recours. S'agissant du dernier rapport médical du Dr B. _____, il s'étonne de son évaluation, considérant qu'elle traduirait une aggravation majeure en regard de l'expertise orthopédique de 2014 du Dr G. _____, alors que cette dernière, corroborant l'examen du SMR de 2010, fait plutôt état d'une grande stabilité. De plus, les dernières radiographies des membres inférieurs datant de 2014 ne plaident pas en faveur d'une aggravation. L'intimé produit en outre un avis médical du Dr C. _____ du 13 avril 2016 suggérant la mise en place d'une expertise rhumatologique ou orthopédique en raison de la conflictualité du dossier et de l'absence d'éléments pertinents. L'intimé indique clairement se

- 18 - distancer de l'avis du SMR, considérant que ces éléments ne justifiaient pas la mise en œuvre d'un tel examen. La recourante informe le tribunal le 19 mai 2016 qu'elle n'entend pas s'opposer à la mise sur pied d'une expertise, tout en constatant que dans son avis, le Dr C. _____ se contentait de répéter ce qu'il avait déjà évoqué sans mettre à mal le rapport du 16 mars 2016 du médecin traitant. Par ordonnance du 6 décembre 2016, la juge instructrice informe les parties qu'au vu d'une appréciation anticipée des preuves, une expertise n'apparaissait pas nécessaire et qu'un arrêt serait rendu prochainement. Par courrier du 12 décembre 2016, la recourante requiert que les frais de 1'783 fr. 95 relatifs à l'établissement du rapport médical du 16 mars 2016 du Dr B. _____ soient mis à charge de l'intimé. 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'AI, sous réserve de dérogations expresses (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 – comme c'est le cas en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 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 (art. 60 LPGA). Conformément à l'art. 38 al. 4 let. b LPGA, les délais fixés en jours ou en mois par la loi ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement.

- 19 - En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre les 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).

b) Le recours porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

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

- 20 - 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'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 LAI).

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). Chez les assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une, il y a lieu d'évaluer l'invalidité en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus ; s'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, puis calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté

- 21 - dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI). Nonobstant les termes utilisés aux art. 8 al. 3 LPGa et 28a al. 2 LAI, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de la personne assurée. Il s'agit plutôt de déterminer si elle exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3, 125 V 146 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b). 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 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 (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine

- 22 - 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 125 V 351 consid. 3a, 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois être admises avec réserve pour tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels 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 ; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008, 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). c) Enfin, il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celles-ci. Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas ; elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Les informations recueillies par les organes

d'observation professionnelle ont cependant pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement la mesure dans laquelle l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail

- 23 - et de gain sur le marché du travail (TF 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1, 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2). 5. a) En l'espèce, la recourante fait grief à l'intimé de s'être fondé, pour évaluer sa capacité de travail, sur un rapport du 12 juillet 2010 du SMR à ses yeux obsolète et sur une expertise du Dr G._____, mise en œuvre par l'assureur-accidents en 2014. Elle relève que cette expertise n'évoque pas la problématique du rachis, qu'elle considère pourtant comme invalidante. Elle produit en cours de procédure un rapport de son médecin traitant du 16 mars 2016, aux termes duquel il modifie l'évaluation qu'il fait de la capacité de travail de sa patiente, la faisant passer de 50 % à 20 % dans une activité adaptée, en raison de l'évolution de l'état de santé de cette dernière, des stages effectués et de l'absentéisme prévisible. S'agissant de l'aspect médical, c'est essentiellement sur la question de la capacité de travail dans une activité adaptée que porte le litige. En effet, tant la capacité de travail dans l'activité habituelle que les limitations fonctionnelles ne sont pas litigieuses. Ainsi, les médecins considèrent la première comme inexistante et font une appréciation globale, concordante des limitations relatives à la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, la montée ou la descente d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages, les travaux accroupis ou à genoux, la nécessité d'alterner les positions, le port de charges, les positions prolongées en flexion, arc-bouté ou en porte-à-faux. En revanche, l'évaluation diagnostique n'a pas fait l'unanimité s'agissant du membre inférieur droit, en particulier, le corps médical n'a pas toujours été d'accord sur l'existence d'un syndrome régional douloureux complexe (maladie de Sudeck ou algodystrophie). Cependant, une expertise judiciaire, mise sur pied en octobre 2011 auprès du Dr U._____, qualifiée de probante par la Cour (cf. arrêt AA 34/10 – 46/2012 du 30 mai 2012), avait permis d'établir l'existence d'un tel syndrome. Ce diagnostic avait au demeurant été précédemment posé par les Drs Y._____ en 2008, Q._____ en 2009, B._____ en 2011 et confirmé

- 24 - ultérieurement en 2014 par le Dr G._____ sous forme de status post- syndrome régional douloureux complexe du membre inférieur droit. Il n'y a en conséquence pas lieu d'y revenir. S'agissant des troubles du rachis, il ressort des différents rapports au dossier que leur origine est dégénérative et préexistante à l'accident de mars 2008, ce que confirment les documents radiologiques énumérés par le Dr B._____ dans son rapport médical du 16 mars 2016 (pp. 8 et 9). A l'instar de la recourante, il faut admettre que le rapport du Dr G._____ du 23 janvier 2014 porte essentiellement sur la problématique de la cheville droite et ne se penche pas précisément sur celle des troubles vertébraux, si ce n'est pour constater leur absence de lien avec l'accident, comme l'avait déjà fait le Dr R._____ le 27 novembre 2008. Dans ces circonstances, l'évaluation d'une capacité totale de travail de la recourante dans une activité adaptée, qui ne tient pas compte de son état de santé global, ne saurait être pris en considération sans réserve. Le rapport du Dr M._____ du 12 juillet 2010 qui fait état des constatations tant au niveau du membre inférieur droit qu'au niveau du rachis a porté sur l'état de santé global de la recourante. Cependant, malgré le fait que les derniers rapports d'IRM cervicale et lombaire soient plutôt rassurants en ce sens qu'aucun changement significatif ne semble s'être produit depuis les IRM de 2005 et de 2009 (cf. rapport médical du Dr B._____ du 16 mars 2016 p. 9), le délai de cinq ans qui s'est écoulé entre cet examen et la décision attaquée est

suffisamment long pour considérer que ce rapport ne permet pas à lui seul de conclure sans réserve à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. Enfin, compte tenu de la relative importance des troubles du rachis, on peut se demander si le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, ne devait pas s'adjoindre les services d'un rhumatologue pour une évaluation précise des conséquences de ces troubles.

- 25 - A cela s'ajoute que les appréciations de la capacité de travail résiduelle par les autres médecins sont contradictoires et ne permettent pas de se faire une idée fondée de la situation. Ainsi, les médecins qui se sont exprimés dans le dossier de l'assureur-accidents ont tous, excepté le Dr R. _____, dont le rapport est le moins récent, admis une pleine et entière capacité de travail des suites de l'accident dans une activité adaptée au plus tard neuf semaines après l'événement. Les autres médecins qui se sont prononcés sur l'état de santé globale de la recourante, qu'ils soient expert, médecins traitants ou médecin conseil, ont attesté d'une capacité de travail variant entre 100 % et 20 %. En effet, dans son rapport d'expertise du 12 juillet 2010, le Dr M. _____ a fait état d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. Dans son rapport médical du 3 octobre 2009, le Dr Q. _____ a quant à lui évoqué la possibilité de reprendre une activité respectant les limitations fonctionnelles à raison de 3-4 heures par jour. La Dresse N. _____, médecin conseil auprès du Service de l'emploi a conclu, dans son rapport du 23 janvier 2012, à une capacité de 60 % dans une activité adaptée. Le Dr B. _____ a indiqué, à plusieurs reprises, la possibilité d'une activité au taux de 50-60 % respectant les limitations fonctionnelles (cf. certificats médicaux des 1er décembre 2011 et 28 janvier 2013), avant de se rétracter et de n'admettre plus qu'une capacité de travail de 20 % en mars 2016 (cf. rapport du 16 mars 2016). Le Dr U. _____, quant à lui, ne s'est pas prononcé sur le taux de capacité de travail dans une activité adaptée, réservant cette estimation à une observation pratique en situation de stage. Des mesures professionnelles ont été mises en place par l'OAI. Malgré le peu d'investissement dont a fait preuve la recourante, en raison de ses nombreuses absences, le dernier stage effectué à la réception d'un service des HH. _____ a permis de constater son employabilité dans le circuit économique normal au taux de 50 %. S'agissant enfin du dernier rapport médical du Dr B. _____, daté du 16 mars 2016, produit en cours de procédure, sous réserve d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante postérieure à la

- 26 - décision attaquée (maladie hyperostose diffuse [DISH]), il apparaît plutôt comme une appréciation différente d'un état de fait semblable et n'est guère convaincant. En effet, il justifie cette nouvelle estimation de la capacité de travail de la recourante en se fondant sur des éléments qu'il connaissait déjà lorsqu'il a établi son rapport médical du 7 octobre 2014. Compte tenu des opinions divergentes de ces différents praticiens, il est difficile de se faire une idée précise des incidences des troubles du rachis de la recourante sur sa capacité de travail résiduelle. Il convient en conséquence d'admettre que l'instruction devra être complétée sur cet aspect. b) Dans un second grief, la recourante reproche à l'intimé de n'avoir retenu, sur la base du rapport d'enquête ménagère, qu'une invalidité de 18.5 % dans l'accomplissement de ses tâches. Elle considère à cet égard que le rapport d'enquête contient des contradictions entre les observations consignées et l'empêchement évalué. Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a

connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place.

Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1, 128 V 93 ; TFA I 90/02 du 30 décembre 2002 consid. 2.3.2 [non publié au Recueil officiel] in VSI 2003 p. 221).

- 27 - On ne peut donner entièrement tort à la recourante de critiquer l'enquête ménagère effectuée le 28 juin 2009. Plus que d'éventuelles contradictions, c'est son intervention prématurée dans le processus d'instruction qui permet de douter de sa valeur probante. En effet, en 2009, l'enquêtrice ne disposait pas de l'ensemble des données médicales et de toutes les limitations fonctionnelles posées ultérieurement par les médecins. C'est ainsi sur la seule base des allégations de l'assurée qu'elle a complété son rapport s'agissant des empêchements en lien avec son état de santé, en contradiction avec la jurisprudence précitée. Le contenu du rapport, rédigé de manière trop succincte, ne permet en outre pas d'évaluer de manière objective comment ont été pris en considération les différents empêchements. L'OAI ne pouvait ainsi se passer de faire procéder à un complément d'enquête ménagère une fois la situation médicale posée de façon plus précise. c) La recourante conteste encore le montant du revenu sans invalidité, considérant qu'il s'élève, compte tenu du renchérissement, à 42'898 fr. 90 et non à 40'759 fr. 85, comme retenu dans la décision litigieuse. Elle soutient que le revenu annuel de 2008 sur lequel s'est fondé l'intimé est incorrect. Comme le relève à juste titre la recourante, le revenu annuel de 38'705 fr. 50 indiqué par l'employeur dans le questionnaire du 24 octobre 2008 ne correspond pas au revenu mensuel de 3'251 fr. 70, augmenté d'une prime de fidélité annuelle de 1'104 fr. 45, mentionnés juste après (p. 3). Avec un tel salaire mensuel, le revenu annuel devrait se monter à 39'020 fr. 40, plus la prime de 1'104 fr. 45, soit un total de 40'124 fr. 85. Toutefois, dans ce même formulaire, l'employeur a fait état d'un revenu mensuel de 3'155 fr. 55 de janvier à juin 2008, de 3'222 fr. 70 de juillet à septembre 2008 et de 3'251 fr. 70 pour le mois d'octobre 2008 (p. 19).

- 28 - Ainsi, les informations fournies par l'employeur de la recourante quant aux revenus réalisés par cette dernière en 2008 présentent des divergences, qui devront être éclaircies par l'OAI, afin de déterminer le revenu sans invalidité. 6. a) Compte tenu de ce qui précède, force est d'admettre que l'instruction du dossier est contradictoire s'agissant de la capacité de travail retenue, incomplète en ce qui concerne la capacité ménagère et imprécise s'agissant du montant du revenu sans invalidité. Il conviendra donc de la compléter par une expertise à tout le moins rhumatologique au sens de l'art. 44 LPG, voire orthopédique si l'expert devait le considérer nécessaire, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité qu'il jugerait opportune. Une fois l'expertise rendue, l'intimé fera procéder à une nouvelle enquête ménagère qui prendra en considération la situation médicale complète. En parallèle, il complètera l'instruction concernant le montant du revenu sans invalidité. b) 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 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 (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 (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

- 29 - 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). En l'espèce, l'intimé est le mieux à même de procéder à l'évaluation des capacités ménagères. Il se justifie donc de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire, y compris d'un point de vue médical, ainsi que pour déterminer le montant du revenu sans invalidité. 7. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours, bien-fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour en compléter l'instruction avant de rendre une 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'assurance-invalidité 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. c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'500 fr., à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). S'agissant des frais en relation avec l'établissement du dernier rapport du Dr B. _____ du 16 mars 2016, outre le fait qu'aucune conclusion n'a été prise en ce sens dans le cadre du recours contre la présente décision attaquée, il convient, conformément à l'art. 45 al. 1 LPGA, de rejeter cette demande, dans la mesure où ce rapport n'a pas contribué de manière décisive à la solution du litige.

- 30 -

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