

VD_GERICHTE ZD20.010010 vom 8. März 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-03-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.010010

FR: VD_GERICHTE ZD20.010010 du 8 mars 2022

IT: VD_GERICHTE ZD20.010010 del 8 marzo 2022

Erwägungen

E. 5

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

- 24 - exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

- 25 - S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans

un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

E. 6

En l'espèce, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis les décisions d'octroi d'une rente entière d'invalidité des 27 janvier et 14 mars 2011, justifiant la suppression du droit à cette prestation telle qu'arrêtée par l'intimé aux termes de sa décision du 30 janvier 2020. a) A la suite de la demande de prestations déposée le 3 avril 2009, les documents médicaux recueillis ont mis en évidence des rachialgies inflammatoires dans le cadre d'une possible spondylarthropathie ou en lien avec une maladie cœliaque, ainsi que des lombalgies basses sur discopathie L4-L5 et L5-S1 et des gonalgies droites sur status post déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et post ostéotomie de valgisation du tibia proximal droit. Il est plus particulièrement apparu que les rachialgies irradiaient dans les membres inférieurs et s'accompagnaient de douleurs aux épaules et d'arthralgies aux mains, ainsi que de réveils nocturnes fréquents, de raideurs matinales durant plus d'une heure et d'une fatigue importante ; en outre, 7 à 11 articulations sur 28 étaient tuméfiées, principalement au niveau des mains et du genou (cf. rapports du Dr U. _____ du 20 avril 2009, de la Dre N. _____ du 28 mai 2009, des Drs Z. _____ et X. _____ du 1er septembre 2009, de la Dre K. _____ des 10 décembre 2009, 15 janvier 2010 et 26 février 2010 et de la Dre H. _____ du 29 mars 2010). Se

- 26 - fondant sur ces éléments, le Dr W. _____ du SMR a considéré que compte tenu de l'atteinte inflammatoire, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir : utilisation des articulations, position debout autre qu'occasionnelle, positions statiques prolongées, tout effort physique) mais que le cas n'était toutefois pas stabilisé, une révision étant préconisée au terme d'une année (cf. rapport du 2 août 2010). Il en est résulté l'octroi d'une rente entière d'invalidité, à compter du 1er octobre 2009 (cf. décisions des 27 janvier et 14 mars 2011). b) Dans le cadre de la procédure de révision initiée en octobre 2011, l'OAI a successivement mis en œuvre deux évaluations rhumatologiques, la première sous la forme d'un examen clinique SMR auprès du Dr Q. _____ en 2012 et la seconde sous la forme d'une expertise réalisée par le Dr S. _____ en 2013. C'est sur la base de l'analyse effectuée en 2012 par le Dr Q. _____ que l'intimé a rendu la décision attaquée, en date du 30 janvier 2020. aa) Il est vrai que plusieurs années séparent les évaluations susdites de la décision entreprise. Néanmoins, l'écoulement du temps n'altère pas, à lui seul, la valeur probante d'un rapport médical (TF 9C_718/2015 du 22 mars 2016 consid. 6 et les références citées). bb) Pour autant, ni l'évaluation du Dr Q. _____, ni celle de l'expert S. _____ ne sont susceptibles de se voir reconnaître une pleine valeur probante. aaa) Du point de vue diagnostique, les deux médecins précités ont exclu la présence d'une spondylarthrite (cf. rapport d'examen du 6 août 2012 p. 10 et rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 9) et estimé que la symptomatologie douloureuse devait être mise en lien avec des troubles statiques et dégénératifs du rachis mais également avec la maladie cœliaque de l'assurée (cf. rapport d'examen du 6 août 2012 p. 8 et rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 9). Le Dr Q. _____ a de surcroît fait état de douleurs et limitations fonctionnelles du genou

droit

- 27 - dans le cadre d'un status après plusieurs interventions chirurgicales (dont la pose d'une prothèse totale), de gonarthrose gauche modérée et de coxarthrose bilatérale modérée à prédominance gauche (cf. rapport d'examen du 6 août 2012 p. 8). Quant à l'expert S. _____, il a également rattaché les douleurs présentes depuis 2008 à des troubles dégénératifs coxo-fémoraux et a mentionné – certes lors de l'examen de la capacité de travail et non sous la rubrique consacrée aux diagnostics – des atteintes dégénératives des genoux (cf. rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 9). En définitive, les diagnostics retenus par ces deux médecins sont donc essentiellement assimilables. Le Dr Q. _____ a par ailleurs estimé que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré dès lors que l'intéressée ne présentait plus de tuméfactions articulaires (hormis au genou droit où elle avait bénéficié de la pose d'une prothèse totale) et que les rachialgies – même si elles connaissent un horaire inflammatoire – n'étaient plus accompagnées de raideur matinale, la mobilité lombaire en flexion étant du reste étonnamment excellente ; à cela s'ajoutait que les douleurs ne réveillaient plus l'assurée à 1h ou 2h du matin mais à 5h (cf. rapport d'examen du 6 août 2012 p. 10). Quant à l'expert S. _____, il a considéré qu'au vu du dossier et de l'examen réalisé par ses soins, le degré d'incapacité de travail avait évolué favorablement (cf. rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 10). Au final, tant le Dr Q. _____ que le Dr S. _____ ont donc noté une évolution positive depuis la procédure antérieure. S'agissant plus particulièrement de l'évaluation de la capacité de travail en lien avec cette évolution favorable, les Drs Q. _____ et S. _____ ont tous deux retenu que l'activité habituelle demeurait inexigible, essentiellement en raison des déplacements impliqués dans ce contexte (cf. rapport d'examen du 6 août 2012 p. 11 et rapport d'évaluation du 29 novembre 2012 ; cf. rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 10). Ils ont en revanche adopté des positions divergentes concernant l'exigibilité d'une activité adaptée. En effet, le Dr Q. _____ a conclu à une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles au niveau du rachis (alternance des positions

- 28 - assise et debout deux fois par heure, pas de soulèvement ou de port régulier de charges au-delà de cinq kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de rotations rapides de la tête, pas de positions prolongées en flexion ou extension de la nuque) et des membres inférieurs (pas de genuflexion répétée, pas de franchissement d'escalier ou d'échelle, pas de marches en terrain irrégulier, pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de position debout de plus de dix minutes, pas de marche de plus d'une demi-heure), cela depuis la date du rapport de la Dre K. _____ du 30 décembre 2011 décrivant un status superposable à celui qu'il avait constaté (cf. rapport d'examen du 6 août 2012 p. 11). De son côté, l'expert S. _____ a considéré que la capacité de travail était de 50 % dans une activité professionnelle légère autorisant des changements fréquents de position, évitant les ports de charges, les mouvements en porte-à-faux du rachis lombaire et les déplacements à pieds sur de longues distances (cf. rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 9 ss) ; l'expert a ultérieurement précisé, le 13 décembre 2013, que ce taux était exigible dès l'examen réalisé en mai 2012 par le Dr Q. _____, lequel avait pour la première fois fait état d'une capacité résiduelle de travail chez l'assurée. Or aucun de ces deux avis ne peut être considéré comme convaincant. bbb) D'une part, il y a lieu de rappeler que Dr Q. _____ avait préconisé la mise en œuvre d'un nouvel examen rhumatologique en raison, notamment, de l'apparition d'arthralgies des chevilles postérieurement à son

évaluation (cf. avis médical SMR du 11 juin 2013). Implicitement, il a donc concédé que son appréciation méritait d'être complétée et qu'elle n'était, corrélativement, pas suffisante en l'état. Or si l'expert S. _____ a certes relevé des plaintes au niveau des chevilles (cf. rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 7), il ne s'est toutefois guère positionné quant à l'impact de cette symptomatologie spécifique, notamment quant à l'existence de limitations fonctionnelles particulières. Il s'ensuit qu'au final, les arthralgies des chevilles n'ont été englobées

- 29 - dans aucune des deux appréciations rhumatologiques précitées. Sous cet angle déjà, tant l'évaluation du Dr Q. _____ que celle de l'expert S. _____ apparaissent donc lacunaires. D'autre part, il convient de souligner que la capacité de travail de 70 % retenue par le Dr Q. _____ dans une activité adaptée résultait d'une amélioration de l'état de santé de la recourante, en ce sens que cette dernière ne présentait plus de tuméfactions articulaires (sauf au genou droit), que les rachialgies inflammatoires n'étaient désormais plus accompagnées d'une raideur matinale, que la mobilité lombaire en flexion était bonne et que les douleurs ne réveillaient plus l'assurée à 1h ou 2h mais à 5h (cf. rapport d'examen du 6 août 2012 p. 10). Il apparaît, en d'autres termes, que le Dr Q. _____ s'est fondé sur son examen clinique et l'évolution des plaintes de la recourante pour fixer le plus objectivement possible l'exigibilité d'une activité adaptée. Quant à l'expert S. _____, il a fixé à 50 % la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée en s'appuyant sur l'impact des douleurs chroniques persistantes de l'assurée, au regard de ses atteintes objectives à la santé mais également de la manière dont elle gérait son état douloureux chronique au quotidien (cf. rapport complémentaire du 13 décembre 2013). L'expert S. _____ semble ainsi avoir fortement tenu compte de la manière dont la recourante ressentait et assumait son état de santé au quotidien, sans réellement se prononcer sur ce qui était raisonnablement exigible le plus objectivement possible. Dans cette mesure, l'évaluation du Dr Q. _____ apparaît mieux étayée que celle de l'expert S. _____. Pour autant, elle n'est pas non plus satisfaisante. En effet, le Dr Q. _____ s'est notamment fondé sur l'absence de raideur matinale et l'absence de douleurs nocturnes avant 5h du matin, alors même que l'expert S. _____ a clairement signalé une « raideur matinale relativement brève de l'ordre de quelques minutes » (cf. rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 7), ainsi que des douleurs diurnes mais aussi nocturnes insomniantes (cf. rapport complémentaire du 13 décembre 2013). Ainsi, dès lors que l'expertise réalisée en 2013 laissait suggérer une évolution de la symptomatologie de l'assurée, on pouvait en conséquence attendre de l'OAI qu'il interpelle à tout le moins le Dr Q. _____ avant de statuer en se

- 30 - fondant sur les conclusions émises en 2012 par ce médecin. Sous cet angle également, l'instruction diligentée par l'intimé n'est donc pas satisfaisante. Dans ces conditions, on ne saurait souscrire à l'avis médical SMR du 9 janvier 2014, par lequel la Dre M. _____ a estimé qu'il y avait lieu de s'en tenir à l'appréciation du Dr Q. _____. cc) Les autres pièces au dossier ne permettent pas davantage d'appréhender l'aspect somatique à satisfaction de droit. aaa) Pour ce qui est de la Dre K. _____, elle a réfuté toute capacité résiduelle de travail chez sa patiente, mettant constamment en avant la péjoration de l'état de santé de cette dernière. Dite praticienne a initialement mentionné une aggravation liée à l'exacerbation des douleurs sous forme de cervico-scapulalgies, de lombalgies et de douleurs sacro-iliaques (cf. rapport du 31 décembre 2011), soulignant en outre une asthénie importante (cf. rapport du 22 mars 2013). Elle a également évoqué le développement,

depuis 2012, d'arthralgies périphériques au niveau des épaules, des coudes, des mains, du genou et des chevilles (cf. rapport du 31 mai 2013). Force est toutefois de rappeler que l'existence de douleurs lombaires, des épaules et des mains avait déjà été répertoriée lors de la procédure antérieure (cf. rapports du Dr U. _____ du 20 avril 2009, de la Dre N. _____ du 28 mai 2009 et des Drs Z. _____ et X. _____ du 1er septembre 2009) ; on ne saurait donc y voir un signe d'aggravation de l'état de santé de la recourante. L'étendue des douleurs de l'assurée – y compris au niveau des coudes et des fesses – a du reste été intégrée à l'analyse du Dr Q. _____ (cf. rapport d'examen du 6 août 2012 p. 2 s., 5 et 8 ss) comme à celle de l'expert S. _____ (cf. rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 7 ss), à l'instar de l'asthénie (cf. rapport d'expertise du 7 novembre 2013 p. 7 ; cf. avis médical SMR du 16 mai 2013), et la Dre K. _____ n'apporte aucun élément objectif montrant que ces éléments auraient été pris en compte de manière incorrecte. Seule fait exception l'apparition en 2012

- 31 - d'arthralgies au niveau des chevilles, dont le Dr Q. _____ a concédé qu'elles pouvaient poser la question d'une aggravation (cf. avis médical SMR du 11 juin 2013). Toutefois, à l'image de l'expert S. _____ (cf. consid. 6b/bb/bbb supra), la Dre K. _____ n'a pas exposé en quoi cet élément pouvait objectivement générer une diminution de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. La Dre K. _____ a ultérieurement mentionné une péjoration en lien avec une augmentation des douleurs, une raideur matinale d'environ une heure et une évolution de l'atteinte dégénérative au niveau lombaire (cf. rapport du 28 avril 2016). On ne saurait toutefois se contenter d'une telle appréciation. En effet, la seule allégation de douleurs – respectivement l'aggravation de celles-ci – n'est pas déterminante du point de vue du droit aux prestations mais doit être corrélée à des observations médicales concluantes, cela dans le but d'assurer une égalité de traitement entre les assurés et compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; TF 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4 et la référence citée). Or la Dre K. _____ n'a pas procédé à une telle corrélation, mais s'est limitée à des affirmations catégoriques ou très partiellement motivées. A cela s'ajoute que la raideur matinale d'environ 1 heure signalée par cette praticienne est de durée inférieure à celle qui prévalait lors de la procédure antérieure (« > 1h » [cf. rapport du 1er septembre 2009 des Drs Z. _____ et X. _____]), ce qui n'est guère symptomatique d'une aggravation mais bien plutôt d'une amélioration. En revanche, on ne peut nier une évolution défavorable de l'atteinte lombaire telle qu'attestée dans le rapport d'IRM du 12 avril 2016 de la Dre P. _____, laquelle a expressément signalé une arthrose postérieure lombaire bilatérale modérée avec des poussées congestives très importantes en L2-L3 et L3-4, probablement « en petite aggravation » depuis de précédents examens réalisés en 2014. Néanmoins, ni la Dre K. _____, ni le SMR (dont le rapport du 4 juillet 2016 établi par la Dre M. _____ ne contient aucune référence à l'aggravation constatée à l'IRM) ne se sont prononcés sur l'impact concret de cette évolution tant sous l'angle des limitations

- 32 - fonctionnelles que de la capacité résiduelle de travail. Là encore, l'instruction apparaît donc lacunaire. On ne tire pas de plus amples éclaircissements des rapports de la Dre K. _____ produits céans. S'agissant des rachialgies, dite praticienne s'est en effet limitée à affirmer leur persistance avec notamment des réveils nocturnes et une raideur matinale désormais limitée à 45 minutes (cf. rapport du 24 septembre 2020, courrier électronique du 2 octobre 2020 et rapport du 27 avril 2021), mais ne s'est pas prononcée concrètement du

point de vue de la capacité de travail. La Dre K. _____ a par ailleurs signalé l'apparition, durant l'été 2020, de douleurs au niveau des mains assimilées à des synovites possiblement dans le cadre d'une polyarthrite séronégative et non érosive débutante (cf. rapport du 24 septembre 2020 ; cf. également rapport du Dr C. _____ du 15 septembre 2020), se répercutant sur la capacité de travail et engendrant une importante limitation fonctionnelle (cf. courrier électronique du 2 octobre 2020). Cette évolution est toutefois clairement postérieure à la décision entreprise, datée du 30 janvier 2020, et échappe ainsi au cadre temporel de l'examen du juge (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4). Le même constat s'impose à l'égard des conclusions du rapport d'IRM lombaire du 13 février 2021 postérieur à la décision entreprise de plus d'une année, en lien avec une symptomatologie ayant débuté le 25 décembre 2020 et ayant motivé une consultation auprès du Dr J. _____ (cf. rapport du 1er avril 2021). En résumé, les constatations émises par la Dre K. _____ ne permettent certes pas de trancher le présent litige mais évoquent à tout le moins une évolution des troubles dégénératifs de l'assurée en avril 2016, soit près de quatre ans avant la décision litigieuse. Sous cet angle aussi, l'instruction menée par l'OAI n'est donc pas satisfaisante. bbb) Pour le surplus, il est constant que le Dr D. _____ n'a fait état d'aucune atteinte incapacitante (cf. rapport du 28 novembre 2011). En outre, si le Dr F. _____ a décrit une situation en aggravation avec des douleurs journalières insomniantes (cf. rapport du 11 mai 2016),

- 33 - ce médecin n'a en revanche aucunement objectivé son appréciation. Il n'a pas non plus détaillé en quoi l'état de santé physique de sa patiente contre-indiquait une réadaptation (cf. certificat médical du 28 juin 2017). dd) Compte tenu des carences mises en lumière dans les considérants qui précèdent, la Cour de céans n'est dès lors pas en mesure de se positionner en connaissance de cause sur les troubles somatiques présentés par la recourante et leur impact éventuel sur sa capacité de travail. c) Il résulte par ailleurs du dossier que la recourante était déjà connue, lors de la procédure initiale, pour des troubles dépressifs réactionnels avec abus d'alcool (cf. rapports des 20 avril et 18 mai 2009 du Dr U. _____ ; cf. rapport du 29 mai 2009 du Dr R. _____), lesquels n'ont toutefois pas eu d'incidence sur le droit à la rente reconnu dès le 1er octobre 2009. Dans le cadre de la procédure de révision entamée au mois d'octobre 2011, une problématique psychique a été à nouveau évoquée. Le Dr F. _____ a ainsi signalé une tendance tant à la prise d'anxiolytiques qu'à l'abus d'alcool (cf. rapport du 11 mai 2016), puis a mentionné une problématique psychologique susceptible de faire obstacle à une réadaptation (cf. certificat médical du 28 juin 2017). On doit toutefois admettre que ces seules assertions, dépourvues de motivation, ne permettent guère de se positionner. La Dre L. _____ a par ailleurs attesté le 20 juin 2017 d'un état dépressif moyen, existant depuis plusieurs mois. Dans un rapport du 15 mars 2021, cette psychiatre a précisé avoir pris en charge l'assurée de janvier à septembre 2010 puis entre 2016 et 2017 pour des troubles dépressifs et anxieux, ainsi qu'entre 2020 et le mois d'août 2020 pour des abus d'alcool. Elle a souligné que les troubles dépressifs et anxieux étaient toujours liés aux questions relatives à l'assurance-invalidité et aux douleurs, qu'ils étaient résolus en quelques mois et qu'il n'y avait pas

- 34 - d'incapacité de travail indépendante de ces facteurs de stress. Ce nonobstant, en présence d'une assurée présentant simultanément une problématique psychiatrique et une problématique somatique, on ne saurait faire l'impasse sur une appréciation consensuelle permettant de faire le lien entre ces deux composantes et, cas échéant, de se prononcer sur

l'interaction entre les différentes atteintes tant physiques que psychiques – d'autant que la Dre L. _____ a explicitement fait référence au lien entre l'aspect psychique et les douleurs physiques. Partant, là encore, il n'est pas possible à la Cour de céans de statuer en l'état. d) Il convient encore de relever, à ce stade, qu'aucun avis spécialisé – rhumatologique ou psychiatrique – ne s'est prononcé quant à l'échec des mesures de réadaptation professionnelle mises en œuvre entre 2015 et 2016, soit dès le moment où l'assurée a atteint l'âge de 55 ans révolus (cf. ATF 141 V 5 consid. 4). Néanmoins, attendu que les difficultés rencontrées en cours de stage ont été expliquées par l'exacerbation des douleurs mais également par l'attitude de l'assurée, il appert que ces éléments méritent d'être intégrés à l'analyse, en particulier dans le cadre de la procédure probatoire structurée à l'aide d'indicateurs instituée par le Tribunal fédéral pour l'examen des troubles psychosomatiques, des atteintes psychiques et des syndromes de dépendance (ATF 141 V 281 ; cf. consid. 5b supra).

E. 7

Sur le vu de ce qui précède, et quand bien même l'assurée – née le [...] 1960 – est actuellement âgée de près de 62 ans (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.3 sur les assurés proches de l'âge de la retraite), il apparaît donc que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante et qu'il convient plus particulièrement de compléter l'instruction en vue de déterminer si l'intéressée présente des atteintes à la santé d'ordre somatique ou psychique susceptibles d'influer sur sa capacité de travail et de gain et, partant, sur la révision de son droit à une rente d'invalidité. Dès lors que c'est à l'OAI qu'il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure

- 35 - dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA, il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à cet office, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA comportant un volet psychiatrique et un volet rhumatologique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments des parties.

E. 8

a) En conclusion, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, compte tenu de l'issue du litige. La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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