

VD_GERICHTE ZD23.044950 vom 7. November 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-11-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.044950

FR: VD_GERICHTE ZD23.044950 du 7 novembre 2024

IT: VD_GERICHTE ZD23.044950 del 7 novembre 2024

Erwägungen

E. 3

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité ensuite de sa demande AI du 24 mai 2022.

E. 4

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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

- 15 - 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. b) L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. c) Le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé. L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100 % ou plus. Il est réputé ne pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 2 LAI dès lors qu'en bonne santé, il n'exercerait pas d'activité lucrative. Il est enfin réputé exercer une activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 28a al. 3 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100 % (art. 24septies RAI). aa) L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur

un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les

- 16 - facteurs de correction applicables (méthode ordinaire de comparaison des revenus ; art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). bb) Le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 28a al. 2 LAI et art. 8 al. 3 LPGA). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA). cc) Le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Pour ce faire, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est ensuite déterminé selon l'art. 16 LPGA, en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 %, en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 % et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante, puis en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide. Quant au taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, il est calculé en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité, puis en pondérant le pourcentage ainsi déterminé en fonction de la différence entre le taux

- 17 - d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide et une activité lucrative exercée à plein temps (art. 28a al. 3 LAI et 27bis RAI). dd) Le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

E. 5

a) Pour 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c

LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des 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

- 18 - prenne également en considération les plaintes exprimées par 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 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.

E. 5.1

; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) aa) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées). bb) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) 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

- 19 - 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 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1). d) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la

loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

E. 6

a) En l'espèce, l'intimé reconnaît que la recourante n'est plus capable d'exercer son activité habituelle de femme de ménage depuis le 26 février 2021. Il estime toutefois que cette dernière a toujours été apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (diminution du périmètre de marche, pas de terrain irrégulier, pas de station debout prolongée, pas de position accroupie/à genoux, pas de port de charges lourdes ni en porte-à-faux, pas de travail en hauteur ni de rotation du tronc), et ce à plein temps, se fondant sur les avis SMR du Dr V._____.

- 20 - Pour sa part, la recourante se plaint d'une violation par l'intimé de son obligation d'instruire au sens l'art. 43 al. 1 LPGA s'agissant de l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. b) En l'occurrence, les rapports de synthèse établis par le SMR ne reposent pas sur des observations cliniques auxquelles l'un des médecins du SMR aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Il s'agit donc de rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (cf. consid. 5c aa supra). Dans son appréciation du 2 mai 2023, le Dr V._____ a soutenu que les atteintes angiologiques n'impliquaient pas de limitations fonctionnelles. Il a retenu que l'assurée souffrait d'atteintes lombaires et aux genoux compliquées par une obésité. Il a ainsi « déduit » un certain nombre de limitations fonctionnelles des status rapportés par les médecins consultés et estimé que la recourante était apte à travailler dans une activité adaptée à plein temps. Par avis du 14 septembre 2023, le Dr V._____ a indiqué que la contestation de l'assurée à l'encontre du projet de décision de l'OAI du 3 mai 2023 ainsi que les rapports médicaux produits à cette occasion n'apportaient pas d'éléments susceptibles de mettre en doute ses précédentes conclusions, l'ensemble des atteintes physiques de la recourante et leur incidence sur sa capacité de travail ayant été pris en compte. Le résultat de ces appréciations n'est toutefois pas conforme aux rapports établis par les médecins consultés et celles-ci se basent en outre sur une instruction incomplète du dossier. c) On relèvera tout d'abord qu'aucun des rapports des médecins consultés par l'assurée recueillis par l'intimé ne permet de déterminer, au stade de la vraisemblance prépondérante, les limitations fonctionnelles précises de l'intéressée, ainsi que sa capacité de travail dans une activité adaptée.

- 21 - aa) Sur le plan angiologique, l'assurée a consulté le Dr G._____, lequel a posé, dans son rapport du 12 octobre 2021, les diagnostics vasculaires d'insuffisance veineuse d'origine superficielle de stade C2 à gauche sur incontinence de la petite saphène et de lipoedème de stade 3 et de grade II. Après avoir proposé un traitement conservateur, le Dr G._____, constatant l'effet limité de celui-ci sur la symptomatologie de sa patiente, a recommandé cette dernière au Service d'angiologie du K._____ pour la réalisation éventuelle d'une liposuction, selon son rapport du 12 avril 2022. L'assurée a ainsi été prise en charge au K._____. Par rapport du 31 mars 2023 à l'OAI, le Dr M._____ a

expliqué que le Service d'angiologie du K. _____ n'avait posé aucun diagnostic angiologique pouvant réduire la capacité de travail de la patiente ; le Dr C. _____ et lui-même ne retrouvaient en effet pas le diagnostic de lipœdème, mais plutôt des douleurs d'allure mécanique voire éventuellement inflammatoires, pour lesquelles une polyarthrose pouvant les expliquer avait été retrouvée. Les médecins du K. _____ proposaient ainsi une prise en charge adaptée de la pathologie arthrosique et des dépistages étaient déjà prévus pour une maladie auto-immunitaire. Si les symptômes devaient persister malgré une prise en charge optimale de l'arthrose ou de la maladie auto-immunitaire, ils proposaient de revoir la patiente afin de réévaluer le diagnostic différentiel angiologique. Le constat du médecin du SMR selon lequel les atteintes angiologiques n'entraîneraient aucune limitation fonctionnelle est ainsi hâtif. Les avis des spécialistes divergent quant au diagnostic de lipœdème, qui n'est néanmoins pas totalement exclu par les médecins du Service angiologique du K. _____, des investigations supplémentaires étant nécessaires pour déterminer l'origine des douleurs. A cet égard, le Dr G. _____ évoque très justement une « zone grise » dans son rapport du 21 août 2023. Le Dr V. _____ ne pouvait donc en l'état déduire des rapports des Drs M. _____ et C. _____ une absence d'incidence des atteintes angiologiques sur la capacité de travail de l'assurée.

- 22 - bb) En outre, le Dr H. _____ a indiqué dans son rapport du 20 janvier 2023, en réponse aux questions de l'OAI, qu'il n'avait pas revu la recourante depuis le 27 mai 2021 et qu'il ne pouvait donc se positionner sur l'évolution de son état de santé. Quant au Dr G. _____, il s'est référé à ses rapports des 12 octobre 2021 et 12 avril 2022 et a exposé, le 21 février 2023, qu'il ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Les rapports des médecins spécialistes précités ne permettent donc pas de porter un jugement valable sur la présente cause, ceux-ci n'ayant visiblement pas examiné l'assurée depuis de nombreux mois. cc) Le Dr V. _____ s'est également fondé sur les rapports du Dr T. _____ pour établir son appréciation. Ce dernier a, dans un premier rapport à l'OAI du 17 août 2022, indiqué que les limitations fonctionnelles consistaient en une limitation à la marche avec un périmètre de marche limité et des lombalgies ; selon lui, la capacité de travail de sa patiente était nulle depuis 2021, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Aux termes de son rapport du 1er novembre 2022 à l'OAI, il a fait état d'un périmètre de marche limité à 200 mètres et indiqué qu'il était difficile de se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée. Le 25 janvier 2023, le Dr T. _____ a exposé que les limitations fonctionnelles consistaient en une limitation à la marche avec claudication neurogène limitée à environ 300 mètres et des gonalgies droite et gauche ; la capacité de travail de l'assurée était selon lui à évaluer dans une activité adaptée à ses pathologies. Ces rapports sont imprécis en tant qu'ils ne se positionnent pas clairement sur les limitations fonctionnelles et n'objectivent pas la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Le médecin du SMR, dont il convient de préciser qu'il est spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en a pourtant déduit –selon ses propres termes – de nombreuses limitations fonctionnelles qui n'y sont pas répertoriées, sous réserve du périmètre limité à la marche de 200 à 300 mètres. Ne sachant exactement quels mouvements liés aux lombalgies et aux gonalgies étaient à éviter ni quelle charge la recourante était capable de porter, le

- 23 - Dr V. _____ ne pouvait décemment établir les limitations fonctionnelles sans avoir au préalable examiné l'assurée. De même, il ne pouvait retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles alors qu'aucun rapport au

dossier n'en fait état et sans examen préalable de l'assurée. On rappellera en effet que les rapports des médecins du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI ne peuvent poser de nouvelles conclusions médicales mais doivent porter une appréciation sur celles déjà existantes (TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2). d) Face aux rapports au dossier ne permettant pas d'apprécier clairement la situation médicale de la recourante, l'intimé n'a pas jugé utile d'approfondir ses investigations. Au contraire, le médecin du SMR a préféré se fonder sur les rapports imprécis du médecin traitant et sur les rapports précédemment établis par le Dr H. _____ les 7 avril et 27 mai 2021, lesquels ne reflètent pas la situation actualisée de l'intéressée et ne permettent, quoi qu'il en soit, pas d'apprécier les limitations fonctionnelles ni la capacité de travail dans une activité adaptée, comme le Dr V. _____ le relevait lui-même dans son avis du 22 décembre 2022. Ceci est d'autant moins compréhensible qu'un suivi médical postérieur auprès de la Dre N. _____, spécialiste en neurochirurgie, était connu de l'OAI, au vu du résumé médical établi par cet office le 22 juin 2022. Le conseil de la recourante avait d'ailleurs indiqué, par courrier du 31 août 2023, que la Dre N. _____ contrindiquait la réalisation d'une opération au niveau lombaire. Aucun questionnaire n'a pourtant été adressé à cette médecin et l'intimé n'a pas non plus daigné requérir les rapports éventuellement adressés par celle-ci au médecin traitant de l'assurée. A cela s'ajoute qu'après avoir eu connaissance du rapport du Service d'angiologie du K. _____ du 31 mars 2023, l'intimé se devait de constater que la situation médicale de la recourante était toujours en cours d'investigation et, ainsi, de poursuivre l'instruction du dossier. Il lui incombait notamment de requérir auprès du K. _____ les résultats des dépistages prévus afin de détecter une éventuelle maladie auto-immunitaire et de s'enquérir de la prise en charge de la pathologie arthrosique. Il est en effet nécessaire que l'OAI prenne en compte

- 24 - l'ensemble des pathologies de l'assurée et connaisse les incidences de celles-ci sur sa capacité de travail avant de rendre une décision portant sur le droit à la rente. Compte tenu de ce qui précède, le grief de violation du devoir d'instruction est admis. e) Les appréciations des 2 mai et 14 septembre 2023 du médecin du SMR ne sont pas probantes, en tant qu'elles établissent de nouvelles conclusions médicales et se basent sur un dossier incomplet. Elles sont manifestement insuffisantes pour fonder un refus de prestations. Dans ces circonstances, l'intimé se devait de recueillir les éléments médicaux manquants et, cas échéant, de mettre en œuvre un examen de l'assurée par un médecin du SMR, voire une expertise externe, au besoin pluridisciplinaire. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le dossier de la recourante est lacunaire et ne permet pas d'apprécier à satisfaction de droit le caractère invalidant des atteintes physiques dont elle souffre, de sorte que l'intimé n'était pas légitimé à rendre la décision litigieuse sans autres mesures d'instruction.

E. 7

L'approche choisie par l'OAI pour arrêter la perte de gain de la recourante n'échappe pas non plus à la critique. En l'occurrence, l'intimé a retenu que l'intéressée présentait un statut mixte et qu'en dépit de celui-ci, il n'était pas nécessaire de réaliser une enquête ménagère étant donné que les limitations fonctionnelles ne permettraient, quoi qu'il en soit, pas de parvenir à un taux d'invalidité de 40 %. Cette appréciation ne convainc pas, puisqu'elle manque de précision. L'intimé n'a en effet pas établi le pourcentage auquel l'assurée aurait travaillé sans atteinte à la santé. Selon les déclarations de la recourante figurant dans la demande de prestations du 24 mai 2022, celle-

- 25 - ci travaillait au taux global de 60 % pour le compte de deux employeurs différents. Elle a également affirmé, aux termes du questionnaire de détermination du statut soumis par l'office intimé, que sans atteinte à la santé, son taux d'activité s'élèverait à 60 ou 70 % afin de cotiser le plus possible à l'AVS tout en assumant les tâches ménagères. A l'examen de l'extrait de compte individuel du 7 juin 2022, on constate en revanche que, depuis l'année 2011, des périodes de cotisations annuelles ont été annoncées pour des revenus allant de 16'445 fr. (2011) à 18'788 fr. (2015) par an, le revenu de 2019 s'élevant quant à lui à 17'550 fr., ce qui ne semble pas correspondre au salaire moyen d'une femme de ménage à 60 %. Dans ces circonstances, il incombera à l'OAI d'éclaircir la question du statut mixte de l'assurée et, cas échéant, de mettre en œuvre une enquête ménagère afin d'évaluer ses empêchements ménagers.

E. 8

a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, les avis du SMR, sur lesquels l'intimé s'est fondé pour rendre la décision litigieuse, ne sont pas probants et les faits médicaux pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Il apparaît que l'instruction doit être complétée afin que les diagnostics à poser et l'étendue de leur caractère invalidant éventuel puissent être examinés. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'autorité

- 26 - intimée, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il incombera ainsi à l'intimé de compléter le dossier, en requérant des rapports médicaux auprès des médecins récemment consultés – en particulier auprès de la Dre N. _____ – et, cas échéant, de mettre en œuvre une expertise médicale neutre, au besoin pluridisciplinaire, ou, à tout le moins, de procéder à un examen clinique au SMR, par un spécialiste à même de motiver lege artis une capacité de travail résiduelle objective. L'intimé éclaircira également la question du statut mixte de la recourante et, cas échéant, mettra en œuvre une enquête ménagère afin de déterminer ses empêchements ménagers. Cela fait, il incombera ensuite à celui-ci de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de l'intéressée.

E. 9

a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige. La 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 1'000 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 l'intimé.

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