

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mars 2012

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Pasche
Greffier : M. d'Eggis

Cause pendante entre :

R. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-après : OAI), à Vevey, intimé.

Art. 4 al. 1, 8 LAI; 6, 7, 8 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. R._____, née le 9 juillet 1973, originaire du Portugal, mère de deux enfants nés en 1997 et 2003, a travaillé à temps partiel (12 heures hebdomadaires) comme employée d'entretien. Le 8 décembre 2008, cette assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes sous forme de mesures pour une réadaptation professionnelle et d'une rente en signalant avoir subi une opération chirurgicale suite à une fracture/lésion grave de la colonne vertébrale survenue le 25 mai 2008 au cours d'une crise d'épilepsie (pendant le sommeil).

L'assurée a été hospitalisée du 27 mai au 1^{er} juillet 2008 dans le service d'orthopédie-traumatologie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), puis transférée à l'Hôpital Orthopédique.

On peut lire dans un rapport rédigé le 16 octobre 2008 par le Dr M._____, médecin associé au Service de neurologie du CHUV et la Dresse Di Virgilio, médecin assistante dans le même service, que l'assurée présente une épilepsie symptomatique sur une tumeur neuronale ou mixte amygdalo-hippocampique droite avec des crises partielles simples, parfois complexes avec généralisation secondaire.

Dans un rapport établi le 16 mars 2009 à l'intention de l'OAI, le Dr X._____, médecin adjoint au Service de traumatologie du CHUV, a proposé que l'assurée soit réévaluée de façon pluridisciplinaire par un neurologue, un psychiatre et un rééducateur pour examiner les possibilités de réadaptation professionnelle, en émettant ses doutes à ce sujet. Ce médecin a remarqué qu'à deux ans de l'événement, en fonction du pronostic cérébral et de la prise des médicaments, ainsi que compte tenu de l'avis du neurologue, l'assurée "pourrait peut-être avoir une petite activité lucrative à 50% dans un travail léger, mais, en tout cas, pas une activité pleine".

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA ou SUVA) a d'abord refusé de prendre en charge le cas, puis est revenue le 5 février 2009 sur sa décision en admettant que l'assurée avait été victime d'un accident.

Dans un rapport adressé le 13 mars 2009 à la Dresse Y._____, médecin traitant de l'assurée, le Dr Z._____, médecin d'arrondissement CNA, a conclu que, si la reprise de l'activité antérieure n'était pas envisageable, rien ne s'opposait à ce que la patiente travaille à plein temps dans une activité adaptée, "du moins pour les seules suites de l'accident".

Le 11 juin 2009, le Dr O._____, du Service de neurologie du CHUV, a répondu à l'OAI que, sur le plan neurologique, la situation était stable avec une persistance des crises une à trois fois par mois, en relevant des troubles du sommeil et une fragilité psychique. Il a évalué à 100% la capacité de travail dans une activité adaptée, en excluant les tournus nocturnes et les horaires irréguliers.

Dans un rapport du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 7 août 2009, le Dr V._____ a retenu une pleine capacité de travail dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles, en admettant une diminution du rendement de 25% en raison du nombre important desdites limitations (travaux lourds, en porte-à-faux, mouvements d'inclinaison/rotation du tronc, travaux accroupis, à genoux, positions statiques prolongées, travaux sur machines dangereuses et en hauteur (risque de chute), horaire irrégulier, travail de nuit)

Dans un rapport du 17 août 2009, le Dr Z._____ a constaté qu'objectivement, il y a une forte accentuation de la cyphose dorsale, mais qu'il n'y a pas d'autres troubles statiques importants, avec une mobilité rachidienne assez limitée. Ce médecin a encore relevé : "S'il persiste une assez nette raideur de la jonction dorso-lombaire, on a surtout l'impression d'une auto-limitation en situation d'examen, alors que la patiente

fonctionne manifestement beaucoup plus normalement lorsqu'elle pense ne pas être observée. La manœuvre de Lasègue est indolore. Il n'y a pas de déficit neurologique aux membres inférieurs."

Il ressort d'un rapport d'entretien du 5 octobre 2009 avec un collaborateur de l'assurance-invalidité que l'assurée a déclaré ne pas pouvoir rester plus de 30 minutes assise, alors qu'elle était restée assise pendant l'entretien d'une heure 15, puis s'était levée rapidement, s'était penchée en avant pour prendre son sac et s'était mise à marcher rapidement sans montrer d'inconfort.

Dans un rapport adressé le 2 novembre 2009 à la CNA, le Dr H._____, spécialiste FMH en médecin physique et réhabilitation et en rhumatologie, et le Dr U._____, médecin-assistant auprès de la Clinique romande de réadaptation, ont constaté que, sur le plan professionnel, les aptitudes fonctionnelles permettaient la reprise d'une activité professionnelle légère, mais que l'assurée présentait une incapacité totale et définitive dans la profession de nettoyeuse.

Dans un nouveau rapport du 27 janvier 2010, le Dr Z._____ a constaté que la capacité de travail était entière dans une activité légère et permettant d'alterner les positions.

Une enquête ménagère effectuée le 16 avril 2010 a rapporté que, sans atteinte à la santé, l'assurée travaillerait à 50% pour s'occuper de ses enfants et par nécessité financière, celle-ci ayant mal interprété le formulaire 531bis complété le 12 janvier 2009 où elle a indiqué qu'elle souhaitait travailler à 100%. L'enquêteur a retenu 27% d'empêchements ménagers.

Par projet de décision du 9 juillet 2010, l'OAI a rejeté la demande de rente en retenant un degré d'invalidité de 15,8%. L'Office a retenu une capacité de travail de 100% avec un rendement diminué de 25%, si bien que l'assurée peut exercer une activité adaptée à son état de

santé à plein temps pour un taux d'occupation de 50% en respectant diverses limitations fonctionnelles.

Le 20 juillet 2010, le Dr G._____, nouveau médecin traitant de l'assurée, a écrit que celle-ci présentait alors une exacerbation des douleurs chroniques dorsales ainsi que des céphalées intenses et qu'une reprise du travail à domicile ou comme femme de ménage était impossible, une hospitalisation étant prévue pour des investigations.

Dans un rapport du 4 août 2010 destiné à la Dresse Y._____, le Dr L._____, chef de clinique au Service de neurologie du CHUV, et le Dr B._____, médecin-assistant, ont formulé les conclusions suivantes :

"L'évolution du point de vue épiléptologique chez Mme R._____ reste stable malgré l'augmentation du traitement de Lamictal avec la persistance des phénomènes nocturnes stéréotypés associés parfois à une possible perte de connaissance environ 4 à 5 fois par mois malgré une bonne compliance médicamenteuse. A noter que l'anamnèse auprès de la patiente accompagnée par une amie qui traduit du portugais au français reste très laborieux. Cependant le caractère stéréotypé des événements et une diminution de leur durée suite à l'augmentation du Lamictal, évoquent une possible réponse partielle au traitement antiépileptique.

Un taux plasmatique de lamotrigine le 26.07.2010 a été effectué après la dernière modification qui résulte à la limite inférieure de la norme (9.4 umol/l; fenêtre thérapeutique 10-60 umol/l); pour le moment on propose de ne pas augmenter ce dernier à raison des difficultés à l'endormissement qui peuvent être aggravées par un traitement de lamotrigine. Nous proposons par contre d'augmenter le traitement de Lyrica à raison de 75 mg le matin et 150 mg le soir pendant 2 semaines, ensuite à 150 mg le matin et le soir tout en gardant le Lamictal à 200 mg le matin et le soir, afin de mieux contrôler la fréquence des crises. A noter que le Lyrica, éliminé par les voies rénales, possède un effet antalgique (en particulier sur les douleurs neurogènes) ainsi qu'un effet anxiolytique, à part l'effet anti-épileptique. Lors de la prochaine consultation cette option sera discutée selon l'évolution clinique.

Rappelons que la patiente n'est pas apte à la conduite du point de vue épiléptologique."

Dans un rapport du 11 novembre 2010, la Dresse J._____, médecin associée au département de l'Appareil Locomoteur sur le site de

L'Hôpital orthopédique, a indiqué qu'elle suivait l'assurée sans constater d'évolution favorable, en relevant notamment :

"(...) nous notons un statu quo tant sur le plan algique que fonctionnel. Les douleurs sont toujours présentes à une intensité de 8/10 sur une échelle visuelle analogique (...). Elle est extrêmement fatiguée, état qui s'explique par ses douleurs chroniques, mais surtout par les médicaments qu'elle prend pour l'épilepsie. L'état dépressif est évident chez une patiente qui a une tumeur cérébrale non-opérable.

(...)

Capacité de travail exigible dans une activité adaptée ?

Les problèmes de santé de Madame R. _____ sont complexes et raisonnablement on ne peut pas exiger de sa part une activité professionnelle même la plus légère possible. En effet, ses capacités physiques sont très restreintes et à cela s'ajoutent sa fatigabilité et son manque de concentration liés à l'épilepsie et aux médicaments."

Dans un avis médical SMR du 24 janvier 2011, le Dr C. _____ a retenu que le rapport de la Dresse J. _____ ne posait pas de nouveau diagnostic depuis septembre 2009 et n'expliquait pas pourquoi une activité adaptée n'est pas exigible. Le Dr C. _____ relève que l'assurée a été vue par un psychiatre au CRR, qui n'a pas trouvé de psychopathologie notoire, mais a montré des signes dans le sens d'un processus d'invalidation.

Par décision du 11 mars 2011, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité pour des motifs identiques à ceux du projet de décision.

B. Par acte du 15 avril 2011 de son avocate, R. _____ a recouru contre cette décision en concluant, avec dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui est allouée dès la date que Justice dira, subsidiairement à son annulation et au renvoi à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Dans sa réponse du 26 mai 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours en reprenant la motivation de la décision attaquée.

Par courrier du 16 août 2011, le conseil de la recourante a produit une lettre rédigée le 14 juillet 2011 à son intention par la Dresse J._____, laquelle estimait judicieux d'organiser une expertise multidisciplinaire où des spécialistes, neurologues, rhumatologues, voire orthopédistes et psychiatres, se prononceraient objectivement sur les souffrances multiples et les limitations fonctionnelles complexes de cette patiente, en exposant ce qui suit :

"Il s'agit donc de deux atteintes, l'une ostéo-articulaire et l'autre neurologique.

L'atteinte ostéo-articulaire (la fracture Burst de D12) a été provoquée par l'atteinte neurologique, car c'est dans le cadre d'une crise d'épilepsie que la patiente a eu cette fracture. Les douleurs persistantes du rachis, limitant les activités quotidiennes, sont souvent rencontrées après ce type de fracture (...). Cette seule pathologie justifierait à mes yeux une incapacité de 100% dans une activité physique importante et d'au minimum 50% dans une activité très légère, dite adaptée, dans laquelle la patiente devrait pouvoir changer souvent de postures, n'être pas obligée de travailler en zone basse ou en zone haute, ni de porter ou de manipuler des charges.

La pathologie neurologique (l'épilepsie sur une tumeur cérébrale) est encore plus invalidante et selon le dernier rapport des neurologues, les crises d'épilepsie cette année ont augmenté malgré le traitement. Avec environ 11 crises d'épilepsie par mois, un individu ne peut pas à mon avis exercer une activité professionnelle, même à temps partiel."

Dans une lettre du 7 septembre 2011, l'intimé a souligné que, du point de vue ostéo-articulaire, l'évaluation de la capacité de travail à 50% ou un peu moins dans une activité légère était déjà prise en compte dans la décision attaquée. Sur le plan neurologique, l'intimé attendait des renseignements du CHUV pour examiner la question d'une éventuelle aggravation.

Le 27 septembre 2011, le conseil de la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre, en produisant un rapport établi le 22 juillet 2011 par le Dr M._____, dont il ressort que la recourante fait des crises d'épilepsie à une fréquence d'environ une fois

par semaine, la plupart du temps la nuit, et que le meilleur traitement serait une opération qui aurait 80% de chance de guérir son épilepsie, mais qui était absolument refusée. Ce médecin a observé que le traitement médicamenteux était difficile et qu'on prévoyait de le distribuer différemment pour couvrir la recourante mieux la nuit et pour éviter une trop grande fatigue pendant la journée.

Par courrier du 22 novembre 2011, le conseil de la recourante a maintenu la requête d'expertise en produisant un rapport établi le 18 décembre 2011 par le Dr N._____, psychiatre-psychothérapeute FMH, attestant que la recourante présentait un trouble dépressif, vraisemblablement réactionnel aux troubles somatiques avec de multiples plaintes de la lignée dépressive. Ce spécialiste a déclaré ne disposer d'aucun élément objectif permettant de dire clairement si l'état psychique de la patiente s'était modifié ou aggravé depuis 2009.

Le 15 décembre 2011, l'intimé s'est rallié à un avis SMR établi le 1^{er} décembre 2011 par le Dr C._____, lequel propose d'interroger le Service de neurologie du CHUV pour savoir s'il y a eu péjoration de l'état de santé de la recourante et d'interroger le Dr N._____ pour que ce dernier formule des diagnostics en accord avec la CIM 10, se prononce sur la capacité de travail et se détermine sur la date de survenance d'une éventuelle incapacité.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; 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 et 58 LPGA, 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 le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 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 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

2. Le fond du litige porte sur la détermination du taux d'invalidité. L'intimé estime que la recourante peut travailler à 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'autre 50% étant consacré au ménage. La recourante soutient qu'elle est totalement incapable de travailler dans une quelconque activité lucrative.

Les parties s'accordent sur la nécessité d'un complément d'instruction. Si la recourante estime nécessaire une expertise pluridisciplinaire après le renvoi de la cause à l'intimé, celui-ci propose d'interpeller les médecins.

3. a) Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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.

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

b) Il incombe à l'assureur – en l'espèce l'OAI – de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer 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), il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

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 pour prendre position. 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril

2008, consid. 2). 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 261 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. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon le Tribunal fédéral, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF

8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008).

4. En l'espèce, en ce qui concerne les conséquences de la fracture subie le 25 mai 2008 au cours d'une crise d'épilepsie, les médecins ont été pour le moins nuancés dans leur évaluation de la possibilité pour la recourante de reprendre une activité lucrative. Le 13 mars 2009, la Dresse Y._____ envisage un travail à plein temps dans une activité adaptée "du moins pour les seules suites de l'accident". Le 16 mars 2009, le Dr X._____ a admis "peut-être" une petite activité lucrative à 50% dans un travail léger, en excluant une activité à 100%. Le 11 juin 2009, le Dr O._____ a évalué à 100% la capacité de travail dans une activité adaptée, en formulant des limitations importantes, lesquelles ont encore été précisées le 7 août 2009 par le Dr V._____. Le 2 novembre 2009, le Dr H._____ a constaté que la reprise d'une activité professionnelle légère était possible, de même que le Dr Z._____ le 27 janvier 2010. En revanche, le 20 juillet 2010, le Dr G._____, nouveau médecin traitant de la recourante, a été d'avis qu'une reprise du travail même à domicile était impossible. Le 11 novembre 2010, la Dresse J._____ a englobé pour la première fois l'ensemble des affections dont souffre la recourante en retenant des capacités physiques très restreintes, auxquelles s'ajoutent fatigabilité et manque de concentration liés à l'épilepsie et aux médicaments, ainsi que la mention de douleurs chroniques et d'un état dépressif. Le 14 juillet 2011, la Dresse J._____ a estimé judicieux d'organiser une expertise pluridisciplinaire pour examiner objectivement les souffrances multiples et les limitations fonctionnelles complexes de la recourante, en précisant que l'atteinte ostéo-articulaire justifie à ses yeux une incapacité d'au minimum 50% dans une activité adaptée légère et qu'à son avis, l'épilepsie sur tumeur cérébrale était encore plus invalidante que les conséquences de la fracture, interdisant à elle seule l'exercice d'une activité professionnelle, même à temps partiel.

Par ailleurs, la fréquence des crises d'épilepsie n'a cessé de croître chez la recourante. Le 11 juin 2009, le Dr O._____ a constaté une situation stable avec une persistance des crises une à trois fois par mois.

Le 4 août 2010, la Dresse Y._____ relève une augmentation du traitement avec une possible perte de connaissance liée à l'épilepsie environ 4 à 5 fois par mois malgré une prise régulière des médicaments par la patiente, une nouvelle augmentation du traitement étant proposée. Le 14 juillet 2011, la Dresse J._____ observe une augmentation des crises d'épilepsie à environ 11 crises par mois malgré le traitement, ce qui empêche à son avis l'exercice d'une activité professionnelle, même à temps partiel. Enfin, le 22 juillet 2011, le Dr M._____ a rapporté des crises d'épilepsie à une fréquence d'environ une fois par semaine, la plupart du temps la nuit. Les médecins qui se sont prononcés sur l'origine de l'épilepsie relèvent qu'elle est liée à la tumeur cérébrale de la recourante, non-opérable selon la Dresse J._____ (rapport du 11 novembre 2010) et opérable avec 80% de chances de succès mais strictement refusée par la recourante, selon le Dr M._____ (rapport du 27 septembre 2011).

A cela s'ajoutent encore les problèmes psychiques dont souffre la recourante et qui sont signalés de manière plus ou moins explicite par plusieurs médecins. Le 16 mars 2009 déjà, le Dr X._____ propose une réévaluation pluridisciplinaire de la recourante, notamment par un psychiatre. Le 4 août 2010, la Dresse Y._____ relève que le médicament destiné à traiter l'épilepsie possède aussi un effet antalgique et un effet anxiolytique. Le 11 novembre 2010, la Dresse J._____ considère que l'état dépressif est évident chez la recourante. Enfin, le 18 décembre 2011, le Dr N._____ constate la présence d'un trouble dépressif, vraisemblablement réactionnel aux troubles somatiques avec de multiples plaintes de la lignée dépressive.

Il apparaît ainsi que plusieurs incertitudes subsistent tant sur le plan somatique (impact des problèmes ostéo-articulaires sur la capacité de travail, évaluation neurologique en relation avec la tumeur cérébrale, influence de la médication sur la capacité de travail) que sur le plan psychiatrique. L'ampleur des investigations à mener est telle qu'elle justifie une expertise pluridisciplinaire.

5. 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'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).

Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire n'entre pas en ligne de compte au regard des lacunes du dossier et de l'ampleur de l'instruction complémentaire à mener (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). L'OAI est le mieux à même d'effectuer cette instruction complémentaire. Il convient donc de lui renvoyer la cause pour nouvelle décision, après complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (qui examinera la situation psychiatrique, les problèmes ostéo-articulaire, ainsi que l'impact des crises d'épilepsie et de la prise des médicaments). L'instruction complémentaire devra notamment préciser les troubles et les limitations que la recourante présente, la date de leur aggravation éventuelle, ainsi que la capacité de travail exigible. Il appartiendra ensuite à l'OAI de rendre une nouvelle décision.

6. **a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI, pour qu'il rende une nouvelle décision après avoir précédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt.

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 de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure.

c) Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige, il convient de les fixer équitablement à 2'000 francs. Ce montant recouvre l'indemnité due au titre de l'assistance judiciaire.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 11 mars 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante R. _____ des dépens arrêtés à 2'000 fr. (deux mille francs).

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Anne-Sylvie Dupont, avocate (pour R. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :