

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juin 2013

Présidence de M. MERZ
Juges : MM. Berthoud et Perdrix, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

L. _____, à Renens, recourante, représentée par Fortuna, Compagnie d'assurance de protection juridique SA, à Nyon,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1, 8 al. 3 let. b et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assurée), née en 1983, de nationalité portugaise, sans formation professionnelle, a été engagée depuis mars 2009 en qualité d'employée polyvalente dans le restaurant S._____ à Crissier. De février 2008 à fin 2009, elle travaillait aussi auprès du CHUV dans le service de nettoyage.

Le 26 juin 2009, alors qu'elle travaillait au CHUV, l'assurée s'est fait frapper sur l'épaule droite par une porte automatique, occasionnant des contusions et des douleurs. Le 7 octobre 2010, sur son lieu de travail au restaurant S._____, un collègue lui est rentré dedans avec un bac à glaçons au niveau de l'épaule droite, ce qui lui a également occasionné des douleurs.

Le 25 août 2011, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) un formulaire de détection précoce, se prévalant de douleurs de l'épaule droite et d'une incapacité de travail depuis le 30 avril 2011, de 100% puis de 50%.

Dans un certificat médical du 5 juillet 2011, le Dr O._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie ainsi que médecin traitant de l'assurée, a fait état d'une incapacité de travail de 100% du 30 avril au 10 juillet 2011, et de 50% du 11 juillet au 23 août 2011. Il a retenu que l'assurée ne pouvait pas porter des charges ni travailler avec les bras en l'air.

Le 4 novembre 2011, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations d'invalidité pour adultes, se prévalant de douleurs acromio-claviculaires persistantes en raison d'accidents subis les 26 juin 2009 et 7 octobre 2010.

Pour l'instruction de cette demande sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr O._____. Dans un rapport du 14 novembre 2011, se

référant à des contrôles effectués les 28 septembre et 26 octobre 2011, ce médecin a posé le diagnostic de douleurs acromio-claviculaires droites depuis le 1^{er} juin 2009. Il a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 10 août 2009, puis de 50% dès le 5 septembre 2009, de 100% dès le 2 octobre 2009, de 50% dès le 11 juillet 2011, de 40% dès le 1^{er} novembre 2011, de 30% dès le 21 novembre 2011 et de 20% du 12 décembre 2011 au 1^{er} janvier 2012. Ce médecin a retenu que l'assurée ne pouvait pas effectuer de travaux en élévation des membres supérieurs ni porter des charges de plus de 5 kilos loin du corps. L'activité actuelle était adaptée, car l'assurée travaillait à la caisse; son rendement était diminué en raison de douleurs persistantes dans l'utilisation du membre supérieur droit surtout en cas de mouvements répétitifs. Ce médecin a préconisé un avis orthopédique pour une éventuelle intervention de type résection distale de la clavicule. Il a en outre retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Le Dr O._____ a en outre remis les documents médicaux suivants:

- Une IRM de l'épaule droite effectuée le 26 août 2009 par le Dr D._____, radiologue, retenant la présence d'une bursite sous acromiale et discrète tendinopathie du sus-épineux, sans autre lésion appréciable.

- Des rapports d'échographies effectuées en date des 4 et 18 mai 2011 par le Dr O._____, signalant la présence de douleurs de l'épaule droite, principalement au niveau acromio-claviculaire.

- Une IRM de l'épaule droite effectuée le 20 mai 2011 par le Dr D._____, retenant l'absence de modification radiologique significative, en dehors d'une certaine diminution des signes de tendinopathie et de capsulite; il n'a pas mis en évidence de rupture tendineuse ou de lésion capsulaire majeure.

- Un courrier du 27 octobre 2011 du Dr O._____, retenant que l'assurée avait subi deux accidents les 26 juin 2009 et 7 octobre 2010, entraînant des douleurs acromio-claviculaires et une bursite sous-

acromiale, améliorées après infiltrations. Ce médecin a évoqué la question d'un traitement orthopédique.

Le dossier de l'assurée auprès de G._____ SA, assureur perte de gain en cas de maladie de S._____, a été produit le 21 novembre 2011. Y figurent notamment les documents suivants:

- Des décomptes d'indemnités journalières à 100% du 14 mai au 10 juillet 2011, et à 50% du 11 juillet au 31 octobre 2011.

- Un rapport médical du 23 août 2011 du Dr O._____, retenant la présence d'arthropathie acromio-claviculaire droite, sans indication opératoire retenue par l'orthopédiste. Un traitement sous forme d'anti-inflammatoires et d'infiltrations a été indiqué, de même qu'une mesure consistant en une adaptation au poste de travail.

Dans une fiche interne du 22 novembre 2011, se référant à un entretien téléphonique avec l'assurée, l'OAI a relevé que cette dernière travaillait à 80%; son poste était adapté mais elle ressentait des douleurs si elle travaillait une journée entière. Des médecins lui avaient déconseillé d'entreprendre une opération, en raison de son jeune âge et des risques.

Le dossier de l'assurée auprès de F._____ SA, assureur-accidents en raison de son activité pour le CHUV, a été produit le 24 novembre 2011. Y figurent notamment les documents suivants:

- Une demande de renseignement de l'assureur-accidents remplie le 3 mars 2010 par le Dr O._____, indiquant une amélioration des douleurs selon les mouvements et une mobilité complète. Il a retenu les périodes suivantes d'incapacité de travail: 100% du 10 août au 4 septembre 2009, 0% du 5 septembre au 1^{er} octobre 2009, 100% du 2 au 4 octobre 2009 et 0% dès le 5 octobre 2009, en raison d'une infiltration de l'épaule droite.

- Un courrier du 30 juin 2011 de G._____ SA, retenant que la responsabilité de cet assureur-accidents n'était plus engagée et entraînait la fin du traitement au 21 décembre 2010. Il a précisé que l'événement du 7 octobre 2010 avait entraîné une exacerbation des atteintes de l'épaule droite, qui n'a été que momentanée et s'est estompée progressivement, pour disparaître totalement dans le courant de décembre 2010.

- Un consilium d'orthopédie du 1^{er} juillet 2011 du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, retenant une douleur persistante après une très probable entorse acromio-claviculaire. A l'examen clinique et sur la base des pièces radiologiques, ce spécialiste n'a pas mis en évidence de conflit sous-acromial. Il a écarté l'indication d'un geste chirurgical et a suggéré une réadaptation professionnelle.

- Un rapport médical initial LAA du 10 octobre 2011 du Dr O._____, retenant le diagnostic de souffrance acromio-claviculaire droite après contusions, suite à l'accident du 26 juin 2009.

- Une décision du 18 novembre 2011, par laquelle F._____ SA a refusé de prendre en charge les troubles traités dès le 30 avril 2011 au motif qu'ils n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 26 juin 2009.

Dans un formulaire 531bis rempli le 7 décembre 2011, l'assurée a déclaré que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% depuis avant les accidents dont elle a été victime, en raison de nécessité financière.

Sur le plan économique, dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 7 décembre 2011, le restaurant S._____ a retenu que l'assurée percevait un salaire de 3'800 fr. depuis le 1^{er} avril 2011, compte tenu d'un horaire de travail de 42 heures par semaine.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans un rapport du 7 décembre 2011, le Dr K. _____ a retenu l'atteinte de douleurs et impotence fonctionnelle de l'épaule droite suite à deux contusions de l'articulation acromio-claviculaire. La capacité de travail exigible a été fixée à 0% dans l'activité habituelle et à 100% depuis juillet 2011 dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles ont été décrites comme suit: pas de port de charges de plus de 5 kilos, pas de travaux avec le membre supérieur au-dessus de l'horizontale. Ce médecin a retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Cette assurée de 28 ans, mariée et mère d'un enfant, n'a pas de formation. Elle travaillait comme nettoyeuse chez S. _____ et se trouve en IT depuis avril 2011, suite à un second accident touchant l'épaule droite, le premier ayant eu lieu en juin 2009. Il s'est agi les deux fois d'entorses de l'articulation acromio-claviculaire; l'évolution avait été favorable après deux infiltrations en 2009. Mais depuis le second accident, et malgré une nouvelle infiltration par le Dr O. _____, rhumatologue, les douleurs et l'impotence fonctionnelle subsistent. Une intervention chirurgicale de stabilisation de cette articulation est en discussion, mais même si l'assurée devait être opérée, il subsisterait les limitations fonctionnelles citées en page 1. L'assurée a repris le travail à 50% dans un poste adapté à la caisse dès juillet 2011, et à 70% depuis le 21.11 2011. Le Dr O. _____ atteste que la CT est entière dans une activité strictement adaptée".

Dans un projet de décision du 12 janvier 2012, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente et à des mesures professionnelles. Se référant à l'avis du SMR, l'OAI a retenu que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis juillet 2011. L'assurée avait en outre repris une activité adaptée à son état de santé auprès du restaurant S. _____ dès le 11 juillet 2011, laquelle pourra être totale et sans perte de revenu après l'intervention chirurgicale prévue ces prochains mois. L'OAI en a déduit que l'assurée est réadaptée professionnellement, que d'autres mesures ne sont pas nécessaires et que le droit à la rente n'est pas ouvert.

Par décision du 21 février 2012, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à la rente et à des mesures professionnelles, pour les mêmes motifs que ceux indiqués dans son projet de décision précité.

B. Par acte du 16 mars 2012, transmis par l'OAI au Tribunal cantonal comme objet de sa compétence, L._____ a recouru contre cette décision, en demandant à pouvoir bénéficier de mesures professionnelles. Elle a fait valoir que son problème de santé l'a empêché de reprendre une activité normale dans l'entreprise S._____, dès lors qu'elle a travaillé à 70% dès le 21 novembre 2011, qu'elle a dû arrêter dès le 13 février 2012 en raison des douleurs et qu'elle allait reprendre son activité à 50% à partir du 19 mars 2012.

Dans un rapport du 19 mars 2012 adressé à G._____ SA et transmis au Tribunal avec le recours, le Dr O._____ a relevé ce qui suit:

"Cette patiente a subi une contusion de l'épaule D et tous les examens cliniques ont montré que les symptômes douloureux viennent de l'articulation acromio-claviculaire. Ceci a été démontré à plusieurs reprises par l'efficacité passagère des injections intra-articulaires d'anesthésique documentées sous contrôle radiologique.

Les consultants que vous mentionnez, à savoir le Dr [...] et le Dr [...], n'ont jamais examiné l'assurée et se sont basés sur les rapports d'IRM. La souffrance de l'articulation acromio-claviculaire n'a souvent pas été décrite dans les rapports radiologiques qui s'intéressent essentiellement à la coiffe des rotateurs.

Par contre, le Dr [...] décrit une voussure de l'articulation acromio-claviculaire D avec un cross-arm test positif. Moi-même, spécialiste en rhumatologie depuis 23 ans, confirme l'origine acromio-claviculaire des douleurs de même que le Dr [...] qui a effectué une nouvelle infiltration claviculaire test qui s'est révélée positive.

Compte tenu du fait que la patiente n'avait aucune douleur auparavant, que ce genre de douleurs ne se rencontrent pas chez les gens de son âge en dehors de problème accidentel, l'origine traumatique de cette souffrance acromio-claviculaire D paraît démontrée.

Nous vous remercions donc de revoir votre opposition à la lumière de ces argumentations.

Par ailleurs, une reprise du travail progressive a été effectuée au sein de l'entreprise S._____. Son travail a été adapté, dans la mesure où elle n'a travaillé qu'au guichet du [...], en évitant de faire de gros efforts répétitifs des MS. Elle a repris à 50% du 11 juillet 2011 au 31 octobre 2011, puis à 60% du 1^{er} novembre 2011 au 20 novembre 2011 et à 70% à partir du 21 novembre 2011. Les douleurs ont progressivement augmenté et la patiente a dû arrêter à nouveau son travail à 100% à partir du 13 février 2012. Une tentative de reprise de travail à 50% aura lieu à partir du 19 mars 2012".

Par acte de sa compagnie de protection juridique du 31 mai 2012, l'assurée a conclu préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, principalement à l'octroi d'une rente et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire par une expertise médicale. Elle a soutenu que le rapport médical du SMR, sur lequel s'appuie l'OAI, est dénué de valeur probante et est contredit par l'appréciation du médecin traitant, qui a émis des doutes quant au recouvrement par l'assurée d'une capacité de travail. L'OAI aurait dû davantage instruire la cause afin de déterminer l'évolution de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

Dans sa réponse du 4 juillet 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a relevé que le rapport médical du SMR du Dr K._____ comporte une anamnèse, une description de la situation médicale et des conclusions motivées, alors que le Dr O._____ a tempéré son appréciation antérieure.

Dans sa réplique du 27 août 2012, la recourante a confirmé ses conclusions. Au vu de l'avis du Dr O._____, elle a expliqué que son état de santé, respectivement sa capacité de travail, n'a cessé de se modifier.

Les 6 et 14 septembre 2012 respectivement, l'OAI et la recourante ont confirmé leurs conclusions.

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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). 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 (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 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

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 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En l'espèce, le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel est litigieux, ces prestations lui ayant été refusées par l'OAI dans la décision attaquée.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre

professionnel: orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital (art. 8 al. 3 let. b LAI).

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4).

c) Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 LAI). En vertu de l'art. 7 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 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.

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. 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 51 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; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont dûment motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la

pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et les références citées; TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1).

d) Par ailleurs, selon la jurisprudence, 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; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

4. a) Dans le cas présent, l'assurée a été victime de deux accidents professionnels les 26 juin 2009 et 7 octobre 2010, lui occasionnant des douleurs acromio-claviculaires de l'épaule droite.

Dans son rapport du SMR du 7 décembre 2011, le Dr K. _____ a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail exigible de 0% dans l'activité habituelle et de 100% depuis juillet 2011 dans une activité adaptée. Il a décrit comme suit les limitations fonctionnelles: pas de port de charges de plus de 5 kilos, pas de travaux avec le membre supérieur au-dessus de l'horizontale. Le médecin du SMR se fonde principalement sur l'avis du Dr O. _____, médecin traitant de l'assurée.

Or, dans son rapport du 14 novembre 2011, le Dr O. _____ a retenu dans l'activité habituelle - qui est adaptée, mais avec une diminution de rendement - une incapacité de travail de 50% depuis le 11 juillet 2011 puis de 40% dès le 1^{er} novembre 2011, avant de l'estimer à 30% dès le 21 novembre 2011 et de 20% du 12 décembre 2011 au 1^{er} janvier 2012. Il a également retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, mais sans préciser depuis quand. Contrairement à l'avis du SMR, les explications du Dr O. _____ ne

permettent pas de justifier l'existence d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis juillet 2011.

Par ailleurs, au vu du rapport du Dr O. _____ du 19 mars 2012 - certes produit après la date de la décision attaquée mais se rapportant également à la situation de fait antérieure à cette décision - les douleurs ont progressivement augmenté et la patiente a dû arrêter son travail à 100% à partir du 13 février 2012, une tentative de reprise de travail à 50% étant prévue à partir du 19 mars 2012. Dans ces conditions, on ne peut que remettre en cause l'appréciation du SMR selon laquelle, sans propre examen médical personnel, l'assurée disposerait d'une aptitude à exercer une activité à plein temps. De plus, dans son rapport du 14 novembre 2011, le Dr O. _____ se base sur des contrôles dont le dernier avait eu lieu le 26 octobre 2011. Ce médecin n'émet donc qu'un pronostic pour la période subséquente, qui a été remis en cause compte tenu de l'évolution décrite dans le rapport du 19 mars 2012.

Les autres documents médicaux figurant au dossier - soit notamment les rapports d'échographie du Dr O. _____, les rapports d'IRM du Dr D. _____ et le consilium d'orthopédie du Dr [...] - ne se prononcent pas au sujet de la capacité de travail. En outre, il est sans pertinence que le rapport du Dr K. _____ comporte une anamnèse, une description de la situation médicale et des conclusions motivées, dès lors que ce médecin n'a pas procédé à un examen médical de l'assurée et qu'il se contente de renvoyer aux avis médicaux de ses confrères. Enfin, s'agissant des arguments de l'OAI, on ne saurait dire que l'état de santé de l'assurée sera amélioré après une intervention chirurgicale sans s'assurer, ultérieurement, des effets de celle-ci.

b) En l'état actuel du dossier, il n'est donc pas possible de déterminer avec suffisamment de précision la capacité de travail de l'assurée - dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée - ni ses limitations fonctionnelles. Sans remettre en cause la valeur probante des rapports médicaux recueillis au cours de l'instruction, il appert que les lacunes dont souffre le dossier sur le plan médical n'ont fait

l'objet d'aucun éclaircissement. Il n'existe dès lors aucun motif s'opposant au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il procède à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1 et 6; TF 9C_776/2010 du 20 décembre 2011 consid. 3.3).

La décision attaquée doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision sur le droit à des prestations d'invalidité, après instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale, au sens de l'art. 44 LPGA.

5. Partant, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction, puis nouvelle décision.

Les frais de procédure sont mis à la charge de l'OAI, conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI (Arrêt Casso AI 230/11 du 23 avril 2012 consid. 7 et les références citées; voir aussi ATF 137 V 210 consid. 7). La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance de sa compagnie de protection juridique, a droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA; ATF 126 V 11 consid. 2; 122 V 278 consid. 3e/aa; TF 9C_768/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3), pour un montant de 1'200 fr., à charge de l'intimé.

**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 21 février 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de dépens de 1'200 fr. (mille deux cents francs).

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Fortuna, Compagnie d'assurance de protection juridique SA, à Nyon (pour L. _____)
- 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 :