

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 septembre 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : MM. Monod et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

Z._____, à Villeneuve, recourante, représentée par Asllan Karaj, à
Lausanne,

et

I._____, à Vevey, intimé.

Art. 8, 17, 28, 28a LAI; art. 16 LPG

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1967, mariée et mère de quatre enfants (nés en 1991, 1992, 1994 et 1997), originaire du Kosovo et entrée en Suisse en 1998, a travaillé comme employée de maison auprès des hôpitaux T._____, depuis le 3 septembre 2007 à plein temps.

Le 9 février 2010, X._____ Assurances, assureur perte de gain maladie de l'employeur, a communiqué le cas de l'assurée en vue de la détection précoce, indiquant avoir versé des indemnités journalières en raison d'une incapacité de travail de 100% du 28 septembre 2009 au 15 novembre 2009, puis de 50% dès le 16 novembre 2009.

Il ressort du rapport du Dr [...], spécialiste en radiologie, du 13 octobre 2009, relatif à une IRM lombaire effectuée le 7 octobre 2009, que l'assurée présente une discopathie L4-L5 avec saillie discale postéro-médiane et paramédiane bilatérale. Une IRM de la colonne lombaire face profil effectuée le même jour indique que l'assurée souffre également d'une hyperlordose lombo-sacrée par horizontalisation de S1, accompagnant une sclérose des articulaires postérieures.

Le 27 avril 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi de mesures professionnelles, en indiquant être en incapacité de travail à 50% depuis le 16 novembre 2009.

Le 4 mai 2010, l'assurée a exposé que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à plein temps comme employée de maison, par nécessité financière. Son revenu annuel brut s'élevait à 53'264 fr. 25 (soit 4'097 fr. 25 par mois, versé treize fois).

Selon l'extrait du compte individuel AVS de l'assurée du 5 mai 2010, celle-ci a réalisé, en 2008, un salaire de 52'306 fr. et en 2009 de 52'950 fr. auprès de l'hôpital T._____.

Au moyen d'un questionnaire pour l'employeur du 7 mai 2010, l'hôpital T._____ a indiqué que l'assurée travaillait toujours à son service à un taux réduit de 50%, depuis le 16 novembre 2009. L'employeur a précisé que sans atteinte à la santé, l'assurée gagnerait actuellement, à 100%, 53'264 fr. 25.

Dans son rapport médical du 27 avril 2010 adressé au Dr M._____, médecin traitant, la Dresse H._____, spécialiste en médecine interne, médecine physique et réadaptation, a posé comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail des lombalgies, discopathies L4-L5, une accentuation de la lordose L5-S1, des dysbalances musculaires et des pygalgies droites. Elle a indiqué qu'après le traitement entrepris, l'assurée bougeait assez aisément, quoique moins qu'auparavant. Au vu des faibles limitations fonctionnelles présentes actuellement, la doctoresse estimait qu'une reprise du travail plus conséquente que 50% était possible, mais que cela devait se faire progressivement, par exemple en travaillant à 75% pendant le mois suivant.

Dans son rapport médical du 17 mai 2010 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) la Dresse H._____ a posé comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail des lombalgies et discopathies L4-L5. Elle a indiqué que l'activité exercée était encore exigible et que l'on pouvait s'attendre à une augmentation progressive du taux d'activité depuis début mai. Comme limitations fonctionnelles, elle a retenu que la limite de port de charges était de 5 kg si elle était fréquente, de 10 kg si elle était occasionnelle, et que les activités uniquement en position assise ou debout, celles impliquant de se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête ou en position accroupie, n'étaient pas exigibles à temps complet.

Dans son rapport médical du 8 juin 2010 à l'OAI, le Dr M. _____ a posé comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail une lombosciatique droite sur hernie discale L4-L5 existant depuis septembre 2009, précisant que le pronostic était favorable. Il a indiqué que l'assurée avait été, dans son activité d'aide ménagère, en incapacité totale de travailler du 28 septembre 2009 au 15 novembre 2009, incapable de travailler à 50% du 16 novembre 2009 au 13 mai 2010, puis à nouveau en incapacité totale de travail à compter du 14 mai 2010. Il a précisé que l'activité exercée serait exigible lorsque l'assurée serait rétablie. Comme limitations fonctionnelles, il a expliqué que les activités uniquement en position assise ou debout devaient être évitées, que l'assurée devait éviter de se pencher, être accroupie, monter sur une échelle et que la limite de charges était de 5 kg. Le Dr M. _____ a ajouté que l'assurée serait probablement amenée à devoir ménager son dos.

Par communication du 15 octobre 2010, l'OAI a signifié à l'assurée que la mise en œuvre d'une mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était pas possible pour le moment en raison de son état de santé qui n'était pas stabilisé.

Dans un rapport médical du 29 novembre 2010 à l'OAI, le Dr M. _____ a expliqué que l'assurée souffrait toujours de lombosciatalgies droites et bénéficiait d'un travail allégé avec une incapacité de travail de 50%. L'activité d'employée de maison était toujours exigible. Toutefois, il y avait de nouveau une incapacité totale de travailler depuis le 1^{er} septembre 2010. Au terme du délai de carence, soit en octobre 2010, la capacité de travail médico-théorique était toujours de 100% (recte: 0%), l'assurée devant se rendre chez le Dr Q. _____, spécialiste en rhumatologie, à la fin du mois de novembre 2010.

Dans son rapport médical du 1^{er} février 2011 à l'OAI, le Dr Q. _____ a indiqué ce qui suit :

"(...)

Anamnèse:

Patiente sans antécédents personnels majeurs qui présente depuis septembre 2009 sans facteur déclenchant des douleurs lombaires basses irradiant dans la péri-hanche droite devenant de plus en plus importantes malgré une prise en charge en physiothérapie à sec en en piscine (33 séances).

Constat médical :

Marche fluide, mouvements d'antéversion harmonieux, (...), hypomobilité en L4-L5 et L5-S1, troubles neurologiques, réflexes vifs et symétriques.

(...)

Les restrictions physiques sont les mouvements d'antéversion et le port de charge à répétition".

Le Dr Q._____ a précisé que l'activité exercée était encore exigible, sans toutefois indiquer à quel taux, et que le rendement était réduit du fait que l'assurée avait mal de manière chronique. Les restrictions physiques pouvaient être réduites en continuant la prise en charge physiothérapeutique, antalgique et myorelaxante. La capacité de travail était restée limitée à 50%, mais elle devrait être augmentée de manière progressive (10% par mois) à visée thérapeutique.

Par certificat médical du 18 janvier 2011 à l'attention de l'employeur, le Dr M._____ a indiqué que l'assurée se trouvait en incapacité totale de travailler depuis le 1^{er} septembre 2010 probablement jusqu'à janvier 2011. Par certificat du 31 janvier 2011, l'incapacité totale de travailler a été prolongée pour une durée probable de deux semaines.

Par avis médical du 15 mars 2011, le Dr W._____ et le Dr L._____, spécialiste en anesthésiologie, médecins au Service médical régional (ci-après: SMR), ont résumé la situation de la manière suivante:

"Assurée employée dans un hôpital, souffrant de lombalgies sur discopathie L4-L5.

La LM est septembre 2009.

Cette assurée a été traitée de façon classique, avec reprise de son activité à 50%, puis nouvelle interruption totale à partir du 28.09.2010, à cette époque elle a subi une approche par infiltration facettaire, puis une péridurale.

Selon le dernier rapport du Dr Q._____, rhumatologue, de février 2011, l'assurée dispose d'une capacité de travail de 50% avec

diminution de rendement, mais devrait pouvoir augmenter ce taux dans son activité très progressivement, à raison de 10% par mois.

Le droit à des prestations de type rente est ouvert depuis octobre 2010, nous devons statuer. Au terme du délai de carence, les médecins attestent une incapacité de travail totale.

Les rapports à disposition ne permettent pas de définir un taux de capacité de travail dans une activité adaptée.

Dès lors, je préconise un examen rhumatologique au SMR".

Le 25 mars 2011, l'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique, effectué par le Dr S._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, médecin au SMR. Dans son rapport du 9 mai 2011, ce dernier a indiqué ce qui suit:

"(...)

Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail:

- Lombo-pseudosciatalgies droites chroniques M54.5
 - o troubles dégénératifs L4-L5 avec protrusions discales circonférentielles sans mise en évidence de conflit disco-radulaire.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:

- Déconditionnement focal et global de la musculature posturale et de la sangle abdominale
- Dysbalance musculaire
- Surcharge pondérale modérée
- Eléments de non organicité compatibles avec un trouble douloureux chronique.

Appréciation du cas :

(...) L'assurée présente des lombo-pseudosciatalgies droites dans un contexte de discopathie L4-L5. Les différents examens réalisés à ce jour n'ont pas mis en évidence de syndrome radulaire déficitaire ou irritatif. Les différents traitements réalisés à ce jour se sont révélés inefficaces. Selon le rapport de février 2011 du Dr Q._____, FMH en rhumatologie, l'assurée présente une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle avec diminution de rendement, et possibilité d'augmenter de façon progressive sa capacité de travail à raison de 10% par mois.

Lors de l'examen clinique au SMR, nous sommes en présence d'une assurée en excellent état général, mettant en avant une symptomatologie douloureuse constante, centrée sur le rachis lombaire et irradiant dans l'ensemble du membre inférieur droit, avec phénomène de lâchage. Cette symptomatologie s'est installée de façon progressive depuis septembre 2009, sans notion de facteur favorisant. Les différents traitements effectués à ce jour n'ont pas apporté d'amélioration. L'examen sur le plan ostéo-articulaire met en évidence des phénomènes de contrepulsions en présence de signes de non

organicité, avec une diminution globale de la mobilité du rachis lombaire, de façon volontaire, en contradiction avec une mobilité spontanée complète, sans mise en évidence de signe d'épargne ou de signe algique, alors que l'assurée est en position assise et tente de nous décrire les différents symptômes qu'elle présente. L'examen ostéoarticulaire met en évidence des signes de dybalance musculaire avec un déconditionnement de la musculature posturale et de la sangle abdominale, aggravés par l'utilisation d'une ceinture lombaire depuis environ 1 mois actuellement. Mise en évidence de signes de non organicité 5/18 selon Smythe en faveur d'un fibromyalgie, 5/5 selon Waddel et $\frac{1}{2}$ selon Kummel en faveur d'un processus non organique.

La documentation radiologique mise à disposition met en évidence une discopathie L4-L5, avec protrusion discale circonférentielle, sans mise en évidence de conflit disco-radicaire.

En conclusion, cette assurée âgée de bientôt 44 ans, présente des lombo-pseudo-sciatalgies droites non irritatives ou déficitaires, évoluant depuis septembre 2009, sans notion de facteur favorisant ou déclencheur. Les différents examens réalisés à ce jour mettent en évidence un trouble dégénératif modéré du rachis lombaire, sans mise en évidence de conflit radicaire dans un contexte de déconditionnement musculaire global et focal modéré, avec dysbalance. Les différents traitements réalisés à ce jour n'ont pas apporté d'amélioration significative.

La globalité de la symptomatologie présentée par l'assurée, le handicap revendiqué et l'absence d'évolution favorable sur une période de 18 mois, malgré un traitement adéquat pratiqué, ne peut s'expliquer uniquement par l'atteinte structurelle présentée par l'assurée.

Les lombo-pseudosciatalgies présentées par l'assurée ne sont pas en soi une maladie, mais davantage un symptôme qui peut relever de causes variées. Les causes mises en évidence par l'examen clinique de ce jour sont un déconditionnement musculaire global et focal, entretenu par le port d'une ceinture lombaire, associé à un trouble structurel modéré (discopathie avec protrusion discale). Ces causes structurelles n'expliquent cependant pas entièrement l'intensité ni la persistance des symptômes.

Dans la littérature, il est actuellement admis que ce sont davantage les conditions psychosociales, le handicap ressenti, la durée de l'incapacité de travail qui sont déterminants dans l'évaluation et la reprise d'une activité professionnelle que des données anatomo-structurelles objectives à proprement parler.

L'atteinte structurelle présentée par l'assurée est à l'origine de limitations fonctionnelles dans des activités à fortes charges physiques.

L'activité d'employée de maison peut être considérée comme une activité à charges physiques moyennes. Une telle activité peut être raisonnablement exigée au vu des atteintes objectives à la santé présentées par l'assurée, après périodes de reconditionnement et réentraînement musculaire. L'atteinte structurelle modérée présentée par l'assurée peut tout au plus être à l'origine d'une diminution de rendement évaluée à 20%.

Toute activité qui respecterait de façon stricte les limitations fonctionnelles retenues, est possible à un taux de 100% sans diminution de rendement.

L'évaluation de la capacité de travail ne tient compte que des atteintes à la santé objectives sur le plan ostéoarticulaire, mises en évidence par les documents radiologiques à disposition et les différents examens cliniques réalisés à ce jour. La composante à caractère non organique, pour lesquels un diagnostic de vraisemblable trouble douloureux chronique est retenu, en présence de signes de non organicité selon Smythe, Waddel et Kummel n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail de cette assurée.

Limitations fonctionnelles:

Absence de port de charges supérieures à 7.5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 12.5 kg, éviter les activités prolongées en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre-résistance, éviter les positions statiques au-delà de 45 minutes, sans possibilité de varier les positions au minimum au moins une fois alors de préférence à la guise de l'assurée. Pas de position statique immobile de type piétinement, diminution du périmètre de marche à environ une heure, éviter les activités nécessitant des montées et descentes d'escaliers à répétition, de même que les positions à genuflexion ou accroupies.

Toute forme d'activité à caractère semi-sédentaire avec charge physique légère à moyenne est possible sans diminution de rendement.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Sur la base des documents mis à disposition et de l'anamnèse fournie, l'assurée est en incapacité de travail depuis septembre 2009.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

L'assurée a bénéficié d'une incapacité de travail à 100% pendant une période de 6 semaines avec reprise de son activité antérieure partiellement allégée à un taux de 50% depuis novembre 2009. L'assurée est de nouveau en incapacité de travail à 100% depuis le 28.09.2010.

Au vu des atteintes à la santé, une capacité de travail médico-théorique de 80% est retenue dans son activité habituelle, après période de reconditionnement musculaire et réentraînement progressif. Actuellement, la capacité de travail dans son activité habituelle est de 50%.

Toute activité qui respecterait de façon stricte les limitations fonctionnelles est possible à un taux de 100%, sans diminution de rendement. Une telle activité est raisonnablement exigible depuis la reprise de son activité professionnelle à 50% au mois de novembre 2009.

L'évaluation de la capacité de travail chez cette assurée ne tient compte que des atteintes à la santé objectives mises en évidence par les examens complémentaires mis à disposition et les différents examens cliniques réalisés à ce jour. La composante à caractère non organique, mise en évidence par l'anamnèse et l'examen clinique au SMR, n'a pas été prise en considération.

Capacité de travail exigible:

Dans l'activité habituelle: à terme: 80%

Dans une activité adaptée: 100% depuis novembre 2009".

L'assurée a été soumise à une nouvelle IRM lombaire le 22 août 2011. Selon le rapport du Dr J._____ du 12 octobre 2011, cet examen était superposable à l'examen du 7 octobre 2009.

Dans son rapport médical du 29 août 2011 au Dr M._____, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, a diagnostiqué des lombopygalgies droites persistantes dans le contexte d'arthrose facettaire L3-L4, des troubles statiques, un déconditionnement musculaire et psychique et une kinésiophobie. Par ailleurs, il n'y avait pas de comorbidités. Il a encore rapporté ce qui suit:

"Anamnèse intermédiaire:

(...)

Résumons en disant que cette patiente jouit d'une bonne santé globale. Depuis fin septembre 2009 - 28.9 - apparition des douleurs lombaires basses avec des sciatalgies. Elle finit par consulter à l'hôpital du F._____, lieu du travail de la patiente, vu qu'elle n'arrivait plus à bouger son membre inférieur droit. On lui aurait confirmé un problème de dos et un traitement médicamenteux est débuté.

Pour finir, la patiente vous consulte, vous faites un bilan radiologique, d'où elle retient une "usure de la colonne et un disque touchant les nerfs". De la physiothérapie est prescrite, d'abord sur B._____, puis à K._____ de février à avril, avec, selon le dossier à disposition, une petite amélioration, même si la patiente ne le déclare pas maintenant. Elle termine la physiothérapie ici à K._____ et continue à [...], mais sans grand changement.

Elle est évaluée par le Dr Q._____ qui procède à une infiltration périurale qui l'aide quelques deux semaines. Continue à utiliser le TENS.

Devant cette situation, avec une patiente prise dans un problème asséurologique, restant toujours limitée à 0% de sa capacité de travail, vous me l'adressez pour avis mais aussi prise en charge.

Plaintes actuelles:

D'un côté, elle signale des douleurs lombaires basses irradiant d'un côté au niveau des fesses à droite, par moment cette douleur peut aller sous la cuisse jusqu'au niveau du genou. Douleurs nocturnes, et exacerbation suivant les postures, avec la position assise limitée à 5 minutes, de même que la position stationnaire. Douleur surtout en paravertébral droite.

Barométralgies. Réveils nocturnes.

Déraillement matinal.

(...)

Appréciation:

Votre patiente présente d'un côté des lombalgies persistantes dans le cadre d'une situation de déconditionnement musculaire mais aussi psychique, avec, à l'examen du jour de nombreux facteurs de mauvais pronostic, associant des auto-limitations à une kinésiophobie. De plus l'IRM que vous avez fait effectuer montre tout au plus une arthrose facettaire qui pourrait être le facteur irritant mais qui n'explique de loin pas les limitations du jour.

Devant ces constatations, j'ai présenté le programme URR à K._____, impliquant un reconditionnement musculaire intensif, à la patiente. Vu les faibles performances faites durant mon examen, je comprends son refus, mais il faut essayer de briser cette peur du mouvement afin qu'elle retrouve confiance dans son corps.

Dans cette situation, je lui conseille donc un programme de reconditionnement musculaire, mais aussi ergonomique - avec un entraînement des postures - que nous allons mettre en place ici à K._____, le tout en individuel, vu ses faibles performances confortées par la kinésiophobie (signes comportementaux).

En fonction de la réponse à ce programme, on pourra toujours évoquer un programme URR, même si j'en suis loin d'être convaincu".

Dans un rapport médical du 27 septembre 2011 adressé au Dr M._____, le Dr C._____ a posé les mêmes diagnostics que dans son rapport précédent. Au titre de l'anamnèse, il était dit que l'assurée reconnaissait depuis leur dernière entrevue une petite amélioration de sa mobilité, mais pas des douleurs. Au titre de l'appréciation du cas, le Dr C._____ indiquait qu'à l'examen du jour il y avait de nombreux facteurs de mauvais pronostic, en raison d'autolimitations et d'une kinésiophobie. Il notait toutefois des progrès et proposait de poursuivre le traitement afin d'encourager la patiente. Le programme URR à K._____ impliquant un reconditionnement musculaire intensif n'était pas encore adapté.

Dans son rapport médical du 22 novembre 2011 à l'OAI, le Dr M._____ a indiqué que le pronostic était défavorable et que sa patiente présentait une incapacité de travail complète dans son activité de femme de ménage depuis le 1^{er} septembre 2010. L'exercice de cette activité n'était plus exigible, en raison de l'échec de tout traitement. On ne pouvait par ailleurs pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. Il précisait que sa patiente avait mal au dos en permanence au point qu'elle ne pouvait plus, même à la maison, exercer les tâches habituelles de ménage.

Dans un rapport médical du 23 novembre 2011 à l'OAI, le Dr C._____ a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail des lombopygialgies droites persistantes dans le contexte d'une arthrose facéttaire L3-L4, des troubles statiques, un déconditionnement musculaire et psychique et une kinésiophobie. Il a précisé qu'il n'y avait pas de comorbidités. Selon lui, l'assurée présentait une incapacité totale de travailler dans son activité de femme de ménage à compter du 1^{er} septembre 2010. Comme limitations fonctionnelles, le Dr C._____ a fait état d'une limite de port de charge à 5 kg, d'un net déconditionnement et surtout d'une appréhension importante, en mentionnant que les restrictions pouvaient éventuellement être réduites par des mesures médicales au plan psychologique. Selon lui, on ne pouvait pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. Il a encore relevé que les activités uniquement en position assise et impliquant de se pencher n'étaient pas exigibles à temps complet, et que les activités uniquement en position debout, exercées principalement en marchant, impliquant de travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi ou à genoux, impliquant des rotations ou de monter sur une échelle, n'étaient pas exigibles. Des activités dans différentes positions étaient par contre exigibles. Ces limitations étaient valables depuis le 1^{er} novembre 2011.

Dans son avis médical du 8 décembre 2011, le Dr R._____, spécialiste en médecine du travail, médecin au SMR, a émis l'avis que les nouveaux éléments apportés au dossier depuis l'examen clinique du 9 mai 2011 au SMR ne permettaient pas de retenir de nouveaux diagnostics qui seraient signes d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Pour lui, il n'y avait pas de raison médicale justifiant de s'écarter du rapport d'examen clinique du SMR.

Par communication du 16 décembre 2011, l'assurée a été invitée à effectuer une évaluation professionnelle (observation professionnelle au sens de l'art. 69 RAI) auprès du Centre O._____, secteur ateliers d'intégration professionnelle, à un taux de 50%, du 3 janvier au 25 mars 2012.

Il ressort d'une note de suivi de l'OAI (secteur réadaptation) qu'après trois semaines de stage, la mesure a dû être interrompue, l'assurée ne parvenant pas à être active durant le stage en raison de ses douleurs, devant se reposer pendant plus d'une heure pendant la mesure qui durait trois heures trente, alternant continuellement les positions, ses plaintes étant de plus en plus fréquentes, et les trajets en bus et train étant impossibles pour elle.

Dans son rapport du 26 janvier 2012, le Directeur du Centre O._____ a constaté que les limitations fonctionnelles de l'assurée l'empêchaient pour le moment de participer à un processus de réorientation.

Par avis médical du 8 février 2012, le Dr P._____ du SMR a indiqué ce qui suit:

"Très brièvement, on retiendra de l'instruction longue, fournie, documentée, la seule présence des lombo-pseudosciatalgies D chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs, sans hernie discale, sans déficit neurologique, devant permettre la reprise de l'activité habituelle à hauteur de 50% dès septembre 2009 et 80% à terme et de 100% dans une activité adaptée dès novembre 2009.

Aucun des rapports des médecins traitants, consultants, n'aura évoqué quelconque affection psychiatrique. Jusqu'au dernier avis SMR cité, il n'y a pas eu de traitement psychiatrique-psychothérapeutique.

La REA a donc mis en place une mesure d'évaluation du 3 janvier au 25 mars 2012 à l'O._____, à 50%, interrompue après trois semaines.

Le rapport de l'O._____ du 26 janvier 2012 ne permet pas de retenir une/des raison/s médicale/s à la suspension de la mesure en cours.

Dans ces conditions, il nous faut à nouveau questionner les médecins traitants de l'assurée, afin d'obtenir d'éventuels éléments médicaux nouveaux, avant de discuter la pertinence à poursuivre l'instruction (complément d'expertise?)."

Dans son avis médical du 20 mars 2012, le Dr P._____ du SMR a rapporté avoir téléphoné aux Drs M._____ et C._____ pour savoir quelle était la cause de l'échec du stage à l'O._____ en janvier 2012. Il a noté qu'aucun de ces médecins n'avait revu l'assurée depuis décembre 2011. Il suggérait de demander à l'assurée par qui elle était

suivie actuellement et de discuter de la pertinence d'une expertise psychiatrique ou rhumato-psychiatrique selon la réponse reçue.

Dans son avis médical du 27 mars 2012, le Dr P._____ a rapporté ce qui suit:

"(...) le Dr C._____ nous a appris ne plus revoir l'assurée depuis novembre 2011 et le Dr M._____ depuis décembre 2011.

L'assurée a été questionnée pour connaître les coordonnées du médecin qui signe le certificat d'arrêt de travail depuis. Elle indique ne plus bénéficier d'un quelconque suivi depuis novembre 2011.

En l'absence d'élément nouveau, compte tenu de l'interruption du suivi médical depuis plusieurs mois, on ne peut rien modifier aux conclusions, telles qu'elles sont indiquées plus haut".

Par projet de décision du 10 mai 2012, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une mesure de reclassement ainsi que le droit à une rente d'invalidité, pour les motifs suivants:

"(...)

Résultats de nos constatations:

Par demande du 27 avril 2010 vous avez sollicité des prestations de l'assurance-invalidité.

Vous avez présenté une incapacité de travail - depuis septembre 2009 à 100%, puis à 50% dès novembre 2009 - dans votre activité habituelle d'employée de maison, activité exercée à plein temps avant vos problèmes de santé. A noter qu'il était prévu que vous puissiez recouvrer 80% de votre capacité de travail rapidement.

Des investigations médicales entreprises, et notamment d'un examen rhumatologique complet effectué avec l'assistance d'un interprète de langue albanaise, il ressort que si votre activité est partiellement contre-indiquée par vos limitations fonctionnelles, une activité adaptée est pleinement exigible dès novembre 2009 déjà.

Dès lors que la reprise du travail n'a pas été optimale, notre service Réadaptation - mandaté par nos soins - a mis en place un stage d'observation dans un centre spécialisé, avec versement d'indemnités journalières AI, à un taux de présence de 50%.

Ceci afin d'évaluer vos compétences et définir de nouvelles cibles professionnelles, et de vous aider à retrouver un emploi adapté.

Vous avez interrompu la mesure après trois semaines en raison de vos douleurs: or, sur le plan médical, rien ne justifie cette interruption. A noter que vous n'aviez plus consulté vos médecins depuis plusieurs mois et ne bénéficiiez plus d'un suivi médical.

Cela étant, nous avons évalué votre situation selon une approche théorique des revenus, partant du principe qu'une activité légère,

respectueuse de vos limitations fonctionnelles (telle qu'ouvrière d'usine) était pleinement exigible.

En comparant le revenu que vous auriez réalisé en 2011 dans votre activité habituelle avec celui auquel vous auriez pu prétendre selon l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires), nous constatons que le préjudice théorique découlant de votre situation est de l'ordre de 16%.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Par ailleurs, ce taux d'invalidité n'ouvre pas le droit à un reclassement professionnel".

Par courrier du 8 juin 2012, l'assurée a formulé des objections à l'encontre du projet de décision, concluant à l'octroi d'une rente entière ainsi qu'à la mise en œuvre d'un examen pluridisciplinaire, arguant qu'il n'était pas possible, sans une telle expertise, de déterminer la mesure dans laquelle elle serait à même de travailler, compte tenu de l'ensemble de ses atteintes à la santé. Elle a produit notamment un courrier du 21 mai 2012 adressé au Dr M. _____ par le Dr G. _____, spécialiste en neurochirurgie et traitement interventionnel de la douleur, dans lequel ce dernier médecin constatait que le bloc facettaire avait à peine soulagé l'assurée pendant quelques jours et qu'une reconversion professionnelle serait théoriquement à conseiller, mais qu'elle ne paraissait pas aisée à mettre en œuvre au vu de ses difficultés linguistiques et de son faible niveau de formation.

Par avis médical du 12 septembre 2012, les Drs R. _____ et P. _____ du SMR, ont relevé que les conclusions du SMR ne pouvaient être modifiées et qu'il n'y avait pas d'indication à ordonner une nouvelle expertise. Ils ont rappelé qu'il n'y avait pas d'atteinte psychiatrique, ni de mise en place d'un traitement psychiatrique-psychothérapeutique.

Par décision du 21 septembre 2012, l'OAI a confirmé son projet du 10 mai 2012, complétant la motivation de la manière suivante:

"Sur le plan strictement médical, vous souffrez de lombo-pseudo-sciatalgies et les limitations fonctionnelles (objectivables) qui en découlent ont partiellement contre-indiqué votre activité habituelle d'employée de maison, tout au moins pendant une période, cette

activité étant considérée comme une activité à charges physiques moyennes.

Cela étant, dès novembre 2009 déjà, une activité respectueuse de vos limitations fonctionnelles (épargne du rachis, genuflexions et montées/descentes d'escaliers fréquentes) est pleinement exigible.

A noter que l'exigibilité médico-théorique de votre capacité a été déterminée sur la base des rapports médicaux des spécialistes consultés, et suite à un examen clinique rhumatologique auquel il a été procédé au Service médical régional AI, avec le concours d'un interprète. Cet examen remplit les exigences d'une expertise.

Dès lors qu'il nous est apparu souhaitable de vous accompagner dans une processus de reprise du travail, et afin de définir de nouvelles cibles professionnelles, notre service Réadaptation – mandaté par nos soins – a mis en place une mesure d'évaluation d'une durée de trois mois, avec versement d'indemnités journalières AI, ce que nous avons cautionné.

Le stage devait se dérouler à un taux de présence de 50% dans un centre spécialisé, avec possibilité d'alterner les positions, de vous reposer, et sans aucune exigence de rendement. Vous avez mis un terme à la mesure en cours après trois semaines, en raison de vos douleurs, sans que cela soit justifié médicalement.

Ensuite de votre audition, nous avons à nouveau consulté le SMR qui a pris connaissance des pièces complémentaires que vous nous avez fournies: force est de constater qu'il n'y a pas d'éléments nouveaux, susceptibles de modifier notre appréciation.

Objectivement, l'atteinte à la santé et les limitations fonctionnelles qui en découlent sont claires. Des mesures d'instructions supplémentaires ne sont pas justifiées.

En conclusion, et au vu de tout ce qui précède, nous considérons que les arguments avancés dans le cadre de l'audition ne sauraient être de nature à modifier notre position et le projet incriminé doit être entièrement confirmé.

(...)"

B. Par acte du 23 octobre 2012, Z._____, par l'intermédiaire d'Asllan Karaj, a recouru contre la décision du 21 septembre 2012, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité, et subsidiairement à la mise en œuvre d'un examen pluridisciplinaire ainsi qu'à des mesures de réinsertion professionnelle. En substance, elle fait valoir que les critères posés par la jurisprudence relatifs à la reconnaissance d'un trouble somatoforme douloureux sont réalisés et que son état de santé ne s'améliore pas, sa capacité de travail résiduelle étant nulle. Elle déplore en outre l'absence d'examen pluridisciplinaire expliquant qu'il n'est dès lors pas possible de déterminer dans quelle

mesure elle serait à même de travailler compte tenu de l'ensemble de ses atteintes à la santé. A titre de mesure d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle produit à l'appui de son recours un rapport médical du 19 octobre 2012 du Dr ???.,_____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, adressé à son conseil, à la teneur suivante:

"Mme Z._____ m'a été adressée par le Dr M._____ après plusieurs tentatives de prise en charge, par le rhumatologue (Dr Q._____), par un centre de réadaptation (Dr C._____), et par un autre centre de la douleur (Dr G._____). Elle présente des lombosciatalgies non déficitaires droites, avec à l'examen clinique, un status neurologique sans particularité et un signe de Lasègue négatif.

La radiologie (IRM de 2011) met en évidence un status arthrosique avec des discopathies lombaires étagées et une arthrose postérieure (facettaire). En résumé, Mme Z._____ présente une situation typique de lombalgies communes chronifiées avec les complications que l'on connaît dans ce type de problème, à savoir une kinésiophobie progressive. Elle bénéficie actuellement d'un traitement de [...] et de [...] à dose progressive mais dont l'effet à attendre doit se limiter à 30% de diminution de la douleur.

Pour prévenir les complications ostéoarticulaires et musculaires de la kinésiophobie, Mme Z._____ a été mise au bénéfice d'une prise en charge physiothérapeutique. Par ailleurs, le bénéfice possible d'une prise en charge de soutien psychologique par exemple par groupe de parole de la douleur était considéré comme non réalisable pratiquement par la patiente.

Dans ce contexte, la capacité de travail de Mme Z._____ est difficile à évaluer, mais globalement, il semble extrêmement improbable qu'elle puisse reprendre une activité professionnelle prochainement.

(...)"

En complément à son recours, la recourante a produit le 5 novembre 2012 un rapport médical du Dr G._____ du 25 octobre 2012 selon lequel sa capacité de travail actuelle est de 50%, une capacité de travail de 100% paraissant possible dans une activité adaptée. Le Dr G._____ retient par ailleurs les limitations fonctionnelles suivantes: changement de positions fréquents souhaitables, porte-à-faux à éviter, port de charge limité à 10 kg, position assise continue limitée à deux heures, position statique debout limitée à 2 heures et rotation du bassin et des épaules à éviter. Ce médecin observe qu'une reconversion professionnelle semble requise, mais s'interroge sur la possibilité de sa

mise en place au vu des limitations linguistiques et scolaires de sa patiente.

Le 10 décembre 2012, la recourante a encore produit une lettre de recommandation de l'intendante générale de l'hôpital de D. _____ selon laquelle elle avait fait preuve de beaucoup de courage malgré les douleurs incessantes et qu'elle était revenue travailler à 50% pour reprendre son poste, mais que son dos n'avait pas résisté et qu'on l'avait licenciée à regret. Le même jour, la recourante a encore produit une attestation de l'O. _____ du 20 janvier 2012 relative à son stage en atelier d'intégration professionnel (soudure à l'étain et informatique) qui avait eu lieu du 3 au 20 janvier 2012.

Dans sa réponse du 11 janvier 2013, l'OAI propose le rejet du recours. Il se réfère en outre à un avis médical du Dr V. _____, du SMR, du 19 décembre 2012, qui a notamment la teneur suivante:

"Dans son courrier à l'avocat de l'assurée, le 19 octobre 2012, le Dr ??? _____ ne décrit aucune aggravation somatique de l'état de santé de sa cliente. Il écrit: "Elle présente des lombosciatalgies non déficitaires droites, avec, à l'examen clinique, un status neurologique sans particularité et un signe de Lasègue négatif". Ce diagnostic est similaire à celui retenu par le SMR durant l'instruction initiale. Il joint à son courrier un document signé par le Dr G. _____, neurochirurgien, daté du 25 octobre 2012, reconnaissant une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et émettant des réserves sur un programme de reconversion professionnelle du fait de limitations scolaires et linguistiques. Ces empêchements ne sont pas à la charge de l'AI.

Ces deux documents n'annoncent donc aucun fait nouveau, ni aggravation de l'état de santé antérieure à la décision attaquée et au dernier avis SMR du 12 septembre 2012".

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 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions contre lesquelles la voie de l'opposition (cf. art. 52 LPGA) n'est pas ouverte - ce qui est le cas des

décisions en matière d'assurance-invalidité - sont sujettes à recours auprès du 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).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile devant le tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]) et il respecte les autres conditions de formes prévues par la loi (notamment art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures de reclassement professionnel.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi selon toute vraisemblance être maintenue ou améliorée. La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (art. 17 al. 2 LAI). De jurisprudence constante, le droit à une mesure de reclassement est ouvert si l'atteinte à la santé entraîne une perte de gain d'une certaine importance, soit une perte de gain durable de 20% environ, en comparant la capacité de gain sans invalidité et le gain que peut encore réaliser l'assuré, après la survenance de l'invalidité dans une activité adaptée raisonnablement exigible (ATF 124 V 108, consid. 2b; TFA, arrêt du 15 octobre 1996, consid. 1, publié in: Pratique VSI 2/2000, pp. 63 ss; TF 9C_236/2012 du 15 février 2013, consid. 3.6; TF 9C_576/2010 du 26 avril 2011, consid. 3.2).

b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156

consid. 1; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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, ce qui est déterminant, c'est 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 médicales 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

4. En l'espèce, l'OAI a considéré que l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante était exigible, dès le mois de novembre 2009, en se fondant essentiellement sur le rapport d'examen du Dr S. _____ du 9 mai 2011.

La recourante conteste cette appréciation, en alléguant que son état de santé ne s'améliore pas et que sa capacité de travail est nulle. Elle fait également valoir qu'une appréciation globale de son état de santé aurait dû être effectuée et qu'il n'est pas possible, en l'absence d'un examen pluridisciplinaire, de déterminer sa capacité de travail résiduelle. Elle requiert dès lors la mise en œuvre d'un tel examen.

a) Au plan somatique, l'ensemble des médecins consultés a conclu que la recourante souffrait de lombalgies droites sur discopathie L4-L5, révélée par l'IRM du 7 octobre 2009. Leur opinion diverge cependant s'agissant de l'influence de cette atteinte sur la capacité de travail de l'intéressée.

Pour le Dr S._____, qui a examiné la recourante le 25 mars 2011, celle-ci dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques (lesquelles impliquent essentiellement d'éviter des activités à forte charge physique) depuis le mois de novembre 2009, période à laquelle elle a augmenté son taux d'activité - passant de 0% à 50% - dans son activité d'employée de maison. Pour ce médecin, la recourante pourrait même travailler à 50% dans son activité habituelle, voire à 80% après reconditionnement physique et musculaire. L'appréciation de ce médecin est convaincante. En effet, son rapport tient compte de l'anamnèse et des plaintes de la recourante, est clair et dûment motivé et satisfait aux critères jurisprudentiels permettant de lui conférer pleine valeur probante. L'appréciation du Dr S._____ emporte d'autant plus conviction qu'elle est corroborée par celles de plusieurs autres médecins. En effet, la Dresse H._____ avait déjà relevé dans ses rapports d'avril et mai 2010 la possibilité pour l'assurée de reprendre son activité habituelle en l'augmentant progressivement, suggérant une reprise à 75% dès le mois de mai 2010. De même, le Dr Q._____ a estimé, dans son rapport du 1^{er} février 2011 à l'OAI, que l'assurée disposait d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans son activité habituelle, tout en précisant qu'elle devrait être augmentée de façon progressive, à raison de 10% par mois. Enfin, le Dr G._____ estime, dans son rapport du 25 octobre 2012, que la recourante présente une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et qu'une capacité de travail de 100% paraît exigible dans une activité adaptée.

Les rapports divergents du Dr M._____, dont il découle que la recourante serait à nouveau totalement incapable de travailler dès le 1^{er}

septembre 2010, ne permettent pas de mettre en doute l'appréciation du Dr S._____ selon laquelle la recourante présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée. En effet, le Dr M._____ n'explique pas pour quels motifs sa patiente serait totalement incapable de travailler et son appréciation paraît essentiellement fondée sur les plaintes de celle-ci. A cet égard, on relèvera qu'après avoir estimé que sa patiente pouvait exercer son activité habituelle à 50% (cf. ses rapports des 8 juin et 29 novembre 2010), il a indiqué que la capacité de travail de cette dernière était nulle dès le 1^{er} septembre 2010, sans toutefois mettre en évidence d'aggravation au plan somatique. Cette absence d'aggravation s'est d'ailleurs confirmée ultérieurement, puisque l'IRM lombaire effectuée le 22 août 2011 est superposable à celle du 7 octobre 2009. Enfin, en tant que médecin traitant, il faut tenir compte du fait qu'il peut être enclin à prendre parti pour sa patiente, en raison de la relation de confiance qu'ils ont pu nouer.

Quant au Dr C._____, s'il a estimé que la recourante présentait une incapacité totale de travailler dans son activité d'employée de maison, il n'a pourtant pas clairement exclu la possibilité de reprise d'une activité adaptée aux limitations physiques qu'il a mises en évidence (cf. son rapport du 23 novembre 2011). Le Dr ???_____. ne s'est pas prononcé clairement sur la capacité de travail de la recourante, relevant seulement qu'elle était difficile à évaluer et émettant des doutes sur sa capacité à reprendre une activité professionnelle, sans préciser pour quelle raison. Par ailleurs, ces deux médecins, consultés postérieurement à l'examen clinique effectué par le Dr S._____, ne rapportent aucune nouvelle atteinte somatique, qui n'aurait pas été prise en compte par ce dernier. Leur avis ne permet dès lors pas de mettre en doute l'appréciation de la capacité de travail de la recourante faite par le Dr S._____. Il n'y a par conséquent pas lieu d'ordonner un complément d'instruction à cet égard. Il convient dès lors de retenir qu'au plan somatique, la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telles que décrites par le Dr S._____.

b) Au plan psychique, le Dr C._____ a fait état, dans son rapport médical du 29 août 2011, d'un déconditionnement. Ce médecin a à nouveau constaté un déconditionnement psychique chez la recourante dans son rapport médical du 23 novembre 2011 à l'OAI, en observant que les restrictions pouvaient éventuellement être réduites par des mesures médicales au plan psychologique. Le Dr P._____ du SMR s'est lui aussi interrogé sur la pertinence de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique ou rhumato-psychiatrique dans son avis médical du 20 mars 2012. Finalement, le Dr P._____ a estimé que dans la mesure où la recourante avait indiqué ne plus bénéficier d'un quelconque suivi médical depuis novembre 2011, et vu l'absence d'élément nouveau, il n'y avait pas lieu de modifier les conclusions.

Or il apparaît que la problématique psychiatrique de la recourante, bien que mentionnée à plusieurs reprises, n'a pas été du tout investiguée. Il n'est dès lors à ce jour pas possible de déterminer si, et le cas échéant dans quelle mesure, ladite problématique influe sur la capacité de travail de la recourante. Une instruction complémentaire s'avère dès lors nécessaire sur ce point.

A la lumière des éléments exposés ci-avant, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste ainsi des incertitudes quant à la nature des atteintes dont souffre la recourante et à leurs conséquences sur sa capacité de travail. L'instruction menée par l'intimé est donc insuffisante et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

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 (cf. 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 (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il 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 (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, en tant que l'OAI s'est abstenu de toute investigation sur le plan psychiatrique, il a ainsi omis d'ordonner des mesures d'instruction de base et a de ce fait constitué un dossier lacunaire. Compte tenu de ces circonstances particulières, le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA – apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (cf. art. 44 LPGA), puis rende une nouvelle décision.

6. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise

à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'OAI débouté.

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'OAI.

**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 septembre 2012 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 au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est 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 Z._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Asllan Karaj (pour Z. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral du droit 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).

La greffière :