

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 janvier 2018

Composition : M. NEU, président
MM. Berthoud et Reinberg, assesseurs
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Luc Del Rizzo, avocat à
Monthey,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1976, disposant d'un certificat de formation continue d'assistante de pharmacie, a travaillé comme conseillère en personnel à plein temps auprès de la société Q._____ AG. Elle a été en incapacité totale de travail depuis le 11 janvier 2012. Le contrat de travail a été résilié pour le mois de novembre 2012.

Le 28 juin 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle y a indiqué à titre d'atteinte à la santé « Hernies discales (3) ».

Dans un rapport du 4 juillet 2012, le Dr L._____, médecin praticien, a posé le diagnostic incapacitant de sciatalgies gauches chroniques dans le cadre d'un fragment herniaire L4-L5 gauche luxé vers le bas en contact avec la racine L5 gauche, ainsi qu'un status après cure (incomplète) d'hernie L4-L5 gauche par voie percutanée le 14 février 2012. Le Dr L._____ a retenu à titre de limitations fonctionnelles les postures statiques prolongées au-delà de trente minutes et une marche limitée.

Remplissant le formulaire 531bis concernant la détermination du statut (part active et part ménagère), l'intéressée a indiqué le 10 juillet 2012 l'exercice d'une activité à 100 % en qualité de conseillère en personnel si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé.

Selon un rapport du 13 novembre 2012 du Professeur J._____, spécialiste en neurochirurgie, du Dr M._____, également spécialiste en neurochirurgie, et du Dr B._____, médecin assistant, l'IRM lombaire réalisée le 31 octobre 2012 montrait une extrusion discale paramédiane et foraminale gauche L4/L5 provoquant un déficit radiculaire L4 gauche, en conflit au niveau de l'émergence de la racine L5 gauche.

L'électroneuromyogramme du 1^{er} novembre 2012 mettait quant à lui en évidence un potentiel polyphasique dans le myotome L4 compatible avec des signes de réinnervation chronique.

A la teneur de l'avis médical du 10 décembre 2012 du Service médical régional (ci-après : le SMR), un examen rhumatologique SMR devait être réalisé afin de déterminer précisément la capacité de travail, ainsi que les limitations fonctionnelles de l'assurée.

Par courrier du 13 décembre 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'au vu de l'examen rhumatologique qui allait être mis en œuvre, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en l'état.

Un rapport SMR a été établi le 26 juin 2013, après réception d'une expertise réalisée le 10 janvier 2013 dans le cadre de l'assurance perte de gain de l'assurée - expertise qui concluait à la possibilité d'un télétravail à domicile, compatible avec les limitations fonctionnelles. Le rapport SMR, se fondant sur ladite expertise, a par conséquent retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles suivantes ont été relevées :

« inapte activité uniquement debout, dans différentes positions, déplacements en terrain irrégulier, en se penchant, accroupie ou à genoux, rotation du tronc en position assise/debout, monter et descendre les escaliers, travail en hauteur, port de charges. »

Le 28 juin 2013, l'OAI a informé l'assurée que son service de réadaptation examinerait la question des mesures de réadaptation professionnelle.

Par courrier du 16 décembre 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée des moyens auxiliaires consistant en une adaptation de la salle de bain.

L'assurée a repris le travail à 50 % auprès de la société X. _____ SA à [...] à partir du 7 janvier 2014 en qualité de conseillère en ressources humaines.

En date du 20 mars 2014, l'OAI a décidé de la prise en charge de mesures professionnelles en faveur de l'assurée afin qu'elle puisse augmenter progressivement son taux d'activité de manière à atteindre un 100 %. Ces mesures consistaient en un réentraînement au travail auprès de la société X. _____ SA du 1^{er} avril 2014 au 30 septembre 2014, ainsi que la prise en charge des frais d'une chaise de travail et d'une table adaptées. La mesure de réentraînement a été prolongée jusqu'au 30 avril 2015.

L'assurée a subi deux opérations les 5 et 19 mai 2014 afin qu'un neurostimulateur lui soit posé. Elle a repris le travail à 50 % le 30 juin 2014.

Selon un bilan de mesure de réadaptation du 4 mars 2015, il a été constaté que le neurostimulateur ne fonctionnait pas toujours, n'apportant ainsi pas l'amélioration escomptée, que le poste chez la société X. _____ SA impliquait des déplacements quasi constants auprès des clients dans tout le [...], ce qui rendait l'activité inadaptée, que des aménagements tels que le travail à domicile et la réduction du périmètre d'activité avaient été proposés à l'employeur, mais n'avaient pas suffi et qu'au final, l'assurée n'avait pas été en mesure de dépasser un taux d'activité de 50 %, qu'elle assumait avec difficulté (rendement diminué) et qui l'épuisait progressivement. Le bilan retenait à titre de conclusion que l'activité en cours ne menait à aucune solution professionnelle adaptée pour l'assurée, qui devait songer à une autre orientation. La mesure de réentraînement a donc été interrompue le 30 avril 2015.

Une mesure d'orientation a été mise en place auprès de la Fondation A. _____ à [...] du 10 juin au 9 juillet 2015. Le document intitulé « Bilan de mesure » du 14 juillet 2015 relevait que les pistes professionnelles retenues étaient essentiellement du domaine de la formation. Un stage de validation a été envisagé, mais il ne pouvait se dérouler avant septembre 2015. Le bilan mentionnait également que

l'assurée effectuait un travail à domicile à 20 % pour la société X. _____ SA à titre de remplacement du 10 juillet au 10 octobre 2015.

Par courrier du 15 juillet 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'elle toucherait des indemnités journalières dans l'attente du stage en vue de la nouvelle orientation professionnelle.

Il ressort d'un bilan établi le 1^{er} octobre 2015 par l'OAI à la suite d'un entretien avec l'assurée que cette dernière présentait une aggravation progressive de son état de santé, avec des tremblements des membres inférieurs et des pertes d'équilibre (chute). Selon le bilan, l'assurée n'était plus en mesure d'assumer seule ses tâches ménagères, ses déplacements et même certains soins corporels comme se laver les cheveux. La mère de l'assurée vivait avec elle à domicile pour l'aider dans ses tâches quotidiennes. Vu la situation, une prolongation du versement des indemnités journalières a été admise jusqu'au 31 décembre 2015.

Dans un rapport du 26 octobre 2015, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches chroniques (2012), traitées par voie percutanée (herniectomie L4-L5 gauche en février 2012), un « Failed back surgery », un status après implantation d'un neurostimulateur et une atrophie cortico-fronto-pariétale bilatérale en investigation. Le médecin a souligné qu'un élément nouveau était apparu, soit des troubles de l'équilibre et des éléments cérébelleux avec au scanner une atrophie, qui faisait l'objet d'investigations. Le pronostic était très réservé et aucune activité n'était exigible selon le Dr F. _____. Ce dernier a indiqué que seule la capacité de compréhension n'était pas limitée au vu notamment des problèmes de dos de l'assurée.

A la teneur d'un rapport du 3 novembre 2015 du Dr N. _____, spécialiste en neurologie, les diagnostics incapacitants de status post herniectomie percutanée le 14 février 2012 pour hernie discale L4-L5 gauche, de status post mise en place d'un neurostimulateur antalgique depuis 2014, de tremblement des mains intermittent et de trouble de

l'équilibre d'origine indéterminée ont été posés. Le praticien a relevé qu'au vu de la complexité de la situation et des particularités à l'examen clinique, ainsi qu'aux examens d'imagerie, il avait demandé au médecin traitant de présenter la patiente à la consultation des mouvements anormaux. Pour ce qui est des restrictions, le Dr N._____ a indiqué qu'il n'avait aucune information sur la manière dont les restrictions physiques, mentales ou psychiques se manifestaient au travail, tout en considérant les altérations constatées à l'examen neurologique comme légères.

Aux termes du rapport final du 30 octobre 2015 de la Fondation A._____, établi à la suite d'un entretien du 6 juillet 2015 en présence de l'assurée et de sa conseillère auprès de l'OAI, les limitations fonctionnelles ont été précisées, à savoir pas de position en porte-à-faux, pas de longs trajets (rayon géographique très limité), nécessité d'alterner les positions et éviter les mouvements répétitifs au niveau des rotations du tronc. On extrait encore ce qui suit du document :

« [...] Mme V._____ nous informe d'une proposition d'emploi de son ancien employeur avec possibilité de télétravail en CDD pour quelques mois. D'autre part et dès la fin de sa mission, l'Office AI envisage la possibilité de lui offrir un stage/formation de MSP en complément d'une éventuelle rente partielle. »

Dans un avis médical du 2 décembre 2015, le Dr K._____ du SMR, médecin praticien et spécialiste en médecine du travail, a noté que toute la discussion sur une éventuelle atteinte neurologique ne rendait pas crédible une lésion neurologique incapacitante. Il a ajouté que l'image découverte fortuitement au scanner était ancienne et donc antérieure au dépôt de la demande. Il a relevé le caractère subjectif des douleurs. Le Dr K._____ a néanmoins conclu à la mise en œuvre d'un examen SMR rhumatologique ou d'une expertise orthopédique.

Selon un rapport final de l'OAI du 17 décembre 2015 relatif aux possibilités de réadaptation de l'assurée, les rapports médicaux ne permettaient pas de se déterminer clairement sur la nature de l'atteinte et sur la capacité de travail résiduelle. Dès lors que l'état de santé de

l'assurée n'était pas stabilisé, la mise en place de mesures d'ordre professionnel n'était pas d'actualité.

Il ressort d'une note téléphonique du 22 décembre 2015 entre un gestionnaire de dossier et l'assurée que cette dernière s'est vue diagnostiquer une ataxie spinocérébelleuse et qu'elle s'attendait à perdre progressivement le contrôle de ses muscles et de la vue. Des examens génétiques étaient en cours pour déterminer la forme de l'atteinte.

Au vu de ces informations, le dossier a été à nouveau soumis au Dr K. _____ du SMR, qui a notamment retenu les éléments suivants dans son avis médical du 6 janvier 2016 :

« 3/ selon la note d'entretien du 22.12.15, une ataxie spinocérébelleuse serait suspectée, et des examens génétiques seraient en cours. Vous demandez alors s'il faut alors maintenir la convocation du 19.02.16 avec le Dr [...] au SMR. *Notre réponse* : une maladie neurodégénérative serait suspectée maintenant alors que l'examen neurologique de nov.15 était rassurant et les atteintes considérées comme légères actuellement. Veuillez noter que ce diagnostic ne changera pas la détermination actuelle d'une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée], mais seulement une évolution à terme, cette atteinte étant incurable. Pour l'instant, rien n'est moins sûr pour ce diagnostic. En effet, le diagnostic des ataxies spinocérébelleuses se fait sur l'examen somatique, l'IRM (afin de vérifier l'aspect du cervelet), les tests biochimiques (sang et urines), et les tests génétiques (afin d'identifier un gène connu pour être responsable de la maladie). Nous proposons donc de maintenir notre examen, tout en demandant les derniers résultats neurologiques au [...].

Au total, afin de déterminer précisément la CT, ainsi que les LF [limitations fonctionnelles], nous recommandons de réaliser :

un examen SMR rhumato ou une expertise ortho [...] »

Aux termes du rapport du 12 février 2016 du Professeur R. _____, spécialiste en neurologie, l'assurée souffrait notamment d'une probable ataxie cérébelleuse familiale ayant un effet sur la capacité de travail. Le médecin a retenu que l'exigibilité de l'activité habituelle dépendait de l'évolution, mais qu'au moment du rapport, elle était encore exigible à 80 %. Il a également répondu par l'affirmative à la mention « Activité adaptée au handicap ».

Selon l'examen clinique rhumatologique du SMR du 19 février 2016, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient les suivants : lombosciatalgies gauches irritatives dans le cadre d'une discarthrose L4-L5 avec hernie discale foraminale gauche et une harniectionne percutanée le 14 février 2012. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il était fait mention d'une discopathie L3-L4 avec hernie discale asymptomatique et d'un status après implantation d'un neurostimulateur médullaire. On extrait ce qui suit du rapport :

« L'assurée a donc présenté des lombosciatalgies G à l'origine d'un arrêt de travail à 100 % depuis le 11.01.2012 (cf. rapport Prof. G. _____ du 20.04.2012, Dr L. _____ du 04.07.2012). Les douleurs n'ont pas été améliorées par une microdiscectomie percutanée effectuée le 14.02.2012. Par contre, l'implantation d'un neurostimulateur médullaire, le 19.05.2014, a permis d'atténuer les douleurs. Cette évolution favorable se confirme lors de l'examen de ce jour, avec des signes irritatifs au niveau S1, qui apparaissent à la manœuvre de Lasègue lors de l'élévation de la jambe G à 60°, alors que, lors de l'examen du Dr H. _____ du 05.02.2014, les signes irritatifs apparaissaient déjà à partir du 40° (cf. rapport du 10.02.2014).

Les radicualgies irritatives ne sont pas compatibles avec de longs trajets en voiture. La diminution significative des douleurs après l'implantation du neurostimulateur permet d'augmenter la capacité de travail. Le Dr S. _____ mentionne une capacité de travail de 50 %) à partir du 30.06.2014 (cf certificat médical du 26.06.2014). Il n'y a pas lieu de s'écarter de son avis, étant donné qu'il subsiste des lombosciatalgies limitant la durée de la conduite automobile ou le temps passé assis.

Dans le rapport du 26.10.2015, le Dr F. _____ mentionne une incapacité de travail totale, qui persiste depuis le 11.01.2012. Selon les limitations des activités que le médecin mentionne, l'assurée ne peut rien faire. Cette appréciation ne concorde pas avec le rapport de l'ergothérapeute du Centre médical de [...] (cf. rapport du 12.11.2013), qui indique que l'assurée a pu tout de même réaliser des activités physiques légères. Ceci est confirmé par l'examen clinique de ce jour, qui montre que la position assise est bien tolérée pendant au moins 50 minutes et que l'assurée manipule sans difficulté des objets légers.

Dans ses loisirs, l'assurée pratique la marche. Chaque jour, elle promène son chien. Avec son mari, elle va manger au restaurant. Elle reçoit chez elle des amis ou sa famille. Elle effectue des voyages à l'étranger. Ces éléments montrent que l'assurée dispose de ressources physiques suffisantes pour exercer une activité légère.

Dans l'activité adaptée mise à disposition par l'employeur concernant du travail administratif à domicile sur ordinateur, la capacité de travail est de 75 % à partir de la diminution des lombosciatalgies, c'est-à-dire à partir du 30.06.2014 (cf. certificat

médical du Dr S. _____, daté du 26.06.2014). La baisse de 25 % de la capacité de travail est due à des pauses supplémentaires dans le cadre des douleurs mécaniques provoquées par l'atteinte lombaire dégénérative et par la persistance de signes de radiculopathie irritative.

Cette appréciation de la capacité de travail ne prend pas en compte le syndrome cérébelleux. La capacité de travail par rapport à ce syndrome a été évaluée par le Prof. R. _____, neurologue, à un taux de 80 % (cf. rapport du 12.02.2016).

Limitations fonctionnelles

Colonne lombaire : port de charges au-delà de 5 kg, marche au-delà de 30 minutes, position assise au-delà de 1 heure, position debout au-delà de 15 minutes, postures en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de flexion-extension ou rotation lombaire.

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

Dans le cadre des lombosciatalgies, il y a une incapacité de travail de 100 % depuis le 11.01.2012, dans l'activité de conseillère en personnel chez Q. _____.

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

La diminution des lombosciatalgies suite à la mise en place du neurostimulateur médullaire augmente la capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle à partir du 30.06.2014. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 75 % à partir de cette date.

La capacité de travail est déterminée par la tolérance mécanique de la colonne lombaire dans le cadre d'une discarthrose prédominant en L4-L5 avec hernie discale L4-L5 G résiduelle. La persistance de lombalgies mécaniques et d'une composante irritative dans le territoire S1 justifient des pauses supplémentaires diminuant la capacité de travail de 25 % dans une activité légère.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE DE CONSEILLÈRE EN PERSONNEL CHEZ Q. _____ : 50 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 75 % DEPUIS LE : 30.06.2014. »

Dans un avis médical du SMR du 9 mars 2016, le Dr K. _____ a approuvé les conclusions de l'examen précité et notamment souligné ce qui suit :

« sur le plan neuro, la gestuelle spontanée est libre, l'habillage et le déshabillage s'effectuent de manière fluide, l'assurée manipule aisément son sac à main et son dossier médical, les mots écrits ne sont pas perturbés par des tremblements, ni par la légère ataxie. Sur le plan ostéoarticulaire, après rappel de l'histoire de la maladie depuis 2011, l'examen soigneux permet de retenir les atteintes ostéoarticulaires susmentionnées confirmées à la radiologique (cf.

p8-9 + démo) L'ataxie est présente principalement lors de la marche ou lors de la position debout statique. Il n'existe pas de signe de gravité, ni de déficits sensitivo-moteurs : l'assurée pratique la marche, promène son chien, va manger au restaurant, reçoit, effectue des voyages à l'étranger. Une activité légère est donc possible : ainsi dans une AA (mise à disposition par l'employeur : travail administratif à domicile sur ordinateur), la CT est de 75 % dès le 30.06.14 (p10 justifié), la CT neurologique ayant été évaluée à 80% selon le Prof. R. _____, le 12.02.16. La situation étant claire, nous décidons de fermer le dossier comme suit. Dans l'AH, elle passe à 50% à la même date. *Nous suivons ces avis probants.* »

En date du 1^{er} juillet 2016, l'OAI a rendu un projet de décision prévoyant le refus des mesures professionnelles en invoquant les motifs suivants :

« Vos limitations fonctionnelles sont : port de charges au-delà de 5 kg, marche prolongée - position debout - porte-à-faux du rachis.

Vous pouvez toutefois exercer cette activité à 50 % dès juin 2014. En 2012, cette activité vous rapportait un revenu à 100 % annualisé de CHF 75'400.00 selon votre employeur, soit CHF 76'535.00 indexé à 2014.

Une activité adaptée est exigible, à 100 % dès le 14 août 2012, puis à 75 % dès le mois de juin 2014. Telle serait le cas d'une activité sédentaire, de type administratif, pour laquelle vous avez toutes compétences. La restriction d'environ 25 % peut être justifiée par la nécessité de prendre des pauses. Une telle activité vous permettrait de prétendre à un salaire (selon la SEC) de CHF 65'640.00 à 100 % en 2012 et de CHF 51'480.00 à 75 % en 2014.

Le droit à l'examen des mesures professionnelles est en théorie ouvert : notre service Réadaptation a donc mis en place des mesures avec versement d'indemnités journalières AI du 1^{er} avril 2014 au 3 janvier 2016, mesures interrompues suite à l'aggravation que vous avez alléguée.

Sur le plan médical, aucune péjoration n'a pu être objectivée. Conformément à notre sommation du 24 septembre 2013, nous avons donc statué par une approche théorique des revenus.

Cela étant, nous constatons qu'à l'échéance du délai d'attente en janvier 2013, votre préjudice est minime (inférieur à 20 %), puis en 2014 de 33 %.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité et d'autres mesures ne sont pas justifiées. »

Par courrier du 20 juillet 2016, l'assurée, représentée par Me Luc Del Rizzo, a fait part de ses observations, notamment quant à l'absence de prise en compte de la maladie dégénérative génétique

nouvellement diagnostiquée. L'assurée a ajouté que sa mère avait dû déménager pour pouvoir s'occuper d'elle quotidiennement au vu de l'aide permanente dont elle avait besoin, élément supplémentaire prouvant selon l'assurée qu'elle ne pouvait pas travailler à 75 %. Elle a donc demandé le réexamen de sa situation et la mise en œuvre d'une expertise. Elle a joint à son envoi une attestation médicale du Dr F._____, expliquant que le déménagement de la mère de l'assurée était médicalement justifié vu l'important problème neurologique entraînant un handicap majeur.

Dans un rapport du 11 août 2016, le Professeur R._____ a indiqué une ataxie statique à titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles relevées étaient celles de troubles de l'équilibre. Le médecin a aussi souligné une douleur résiduelle qui s'aggravait lors de longues positions assises et qui limitait les trajets en voiture, de même que le port de poids. Selon le Professeur R._____, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 40 % pour une position assise prolongée ou debout prolongée, de même que pour le port de poids et les déplacements. La patiente devait changer de position fréquemment et elle était décrite comme très instable en position debout. Sous la rubrique « Autres remarques », le Professeur R._____ a mis en avant ce qui suit :

« Je ne pense pas que l'on puisse statuer de ce cas si on ne fait pas une IRM quantifiée au niveau cérébelleux, pour autant que ceci soit possible avec le stimulateur médullaire ou comme je le propose une PET-Scan pour voir si il y a un hypométabolisme cérébelleux expliquant une ataxie statique. Si ceci n'est pas le cas, ceci n'exclut pas encore formellement une ataxie familiale compte tenu de cette notion chez un oncle, ataxie familiale dont un gène ne serait pas encore identifié et pour lequel elle n'a pas été testée. Ce qui reste encore à mon avis à déterminer serait l'influence du stimulateur médullaire sur un trouble de l'équilibre qui mimerait un trouble cérébelleux statique et serait en fait une atteinte cordonale postérieure pour laquelle nous n'avons pas de déficit clinique actuellement. Le potentiel évoqué sensitif pourrait être effectué dans un centre universitaire en arrêtant le stimulateur, par exemple auprès du Dr [...] au [...]. »

Il ressort d'un rapport du 23 août 2016 du Centre d'imagerie médicale du [...] que l'assurée a souffert d'une hernie discale médiane et

paramédiane foraminale gauche en L4-L5 associée à une ostéophytose foraminale qui réduit considérablement le passage de la racine dans la région foraminale gauche L4-L5. Le scanner lombaire réalisé indiquait aussi la présence de protrusion discale médiane L3-L4 et L5-S1, sans signe de compression.

Selon l'avis médical du Dr K. _____ du SMR du 7 juin 2016 [recte : vraisemblablement du 7 septembre 2016 vu le mandat de l'OAI du 30 août 2016], aucun élément nouveau ne permettait de remettre en cause les avis précédents, le diagnostic d'ataxie spinocérébelleuse n'étant pas certain. Le Dr K. _____ a en outre estimé que l'atrophie cortico-fronto-pariétale était en relation avec un accident et ajouté que les limitations fonctionnelles avancées par le Professeur R. _____ étaient superposables à celles indiquées dans l'examen clinique rhumatologique SMR du 19 février 2016. Les conclusions antérieures ont dès lors été réitérées.

Par décision du 12 septembre 2016, l'OAI a entièrement confirmé son projet du 1^{er} juillet 2016, refusant par conséquent à l'assurée le droit à la rente, ainsi qu'à des mesures professionnelles.

B. V. _____, sous la plume de son conseil, a recouru le 17 octobre 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision de l'OAI du 12 septembre 2016, concluant à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière lui soit octroyée ; subsidiairement à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, la recourante reproche à l'OAI d'avoir ignoré la péjoration de son état de santé au vu de la nouvelle maladie, qui a engendré selon elle une incapacité totale de travail.

Dans sa réponse du 22 décembre 2016, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse. L'OAI a relevé que l'état de santé de la recourante ne présentait pas de limitations importantes vu le stade de la maladie dégénérative et qu'une rente ne

pouvait dès lors être octroyée sur la base de suppositions de l'évolution de l'atteinte. L'intimé a renvoyé aux indications médicales figurant au dossier, qui étaient selon l'Office claires et objectives. L'intimé a encore précisé que la recourante avait la possibilité de déposer une nouvelle demande en cas d'aggravation.

La recourante a répliqué le 15 février 2016 et fait valoir que le SMR n'avait fondé son avis que sur des rapports médicaux produits au dossier, mais que la recourante n'avait rencontré aucun médecin du Service en personne, ne pouvant ainsi pas expliquer les difficultés qu'elle rencontrait au quotidien. Pour ce qui est de sa capacité de travail, elle a exposé avoir une activité dans l'entreprise de son époux pour un taux qu'elle a estimé à 20 %. Elle a également invoqué les difficultés qu'elle aurait à trouver un emploi vu ses limitations, notamment quant aux trajets en voiture, et le peu d'offres dans sa région. Enfin, la recourante a requis la prise en charge par l'intimé des frais de physiothérapie et d'ergothérapie, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise, afin de déterminer sa capacité de travail résiduelle.

Dupliquant le 6 mars 2017, l'intimé a contesté la nécessité de mettre en œuvre une expertise dès lors que le dossier comportait des pièces médicales récentes permettant de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. L'OAI a ajouté que dans la fixation de la capacité de travail médicalement exigible au sens de l'AI, le lieu de domicile de la personne assurée, en particulier les possibilités d'emploi qui y existent, ainsi que la nécessité d'un réseau de transports publics performant, n'étaient pas pris en considération. Enfin, l'intimé a rappelé que l'assurance-invalidité ne pouvait pas intervenir financièrement pour la physiothérapie et l'ergothérapie.

Par courrier du 8 mars 2017, la recourante a produit une lettre du 1^{er} mars 2017 du Dr F. _____ adressé au Professeur R. _____, ayant le contenu suivant :

« Me référant à ta consultation du 8.8.2016, j'ai eu l'occasion de revoir cette patiente qui est actuellement en recours juridique au tribunal cantonal.

Elle ne peut travailler qu'à 20%, étant donné que toutes ses activités lui prennent de plus en plus de temps. J'ai été frappé par un manque du mot.

Elle n'a pas reçu de ta part la réponse pour le PET-CT [scanner] ainsi que pour les tests génétiques.

Où en es-tu avec ses demandes ? »

Le 10 mai 2017, la recourante a complété son précédent envoi en transmettant un rapport du 14 avril 2017 du Dr P._____, spécialiste en médecine nucléaire, adressé au Professeur R._____, dont il ressort sous la rubrique « Indication » une ataxie et des troubles cognitifs. Le rapport décrivait également un hypométabolisme cortical cérébelleux des deux côtés, ainsi que temporo-pariétal des deux côtés.

Dans un courrier du 19 mai 2017, l'intimé a notamment réitéré que si des examens médicaux subis postérieurement et dont les résultats n'étaient pas encore connus devaient démontrer une aggravation de l'état de santé de l'assurée, celle-ci pouvait déposer une nouvelle demande.

Par courrier du 26 juin 2017, la recourante a encore produit une correspondance envoyée par le Professeur R._____ le 23 juin 2017 au Professeur T._____, spécialiste en pédiatrie et génétique médicale. Ladite correspondance exposait que le scanner avait mis en évidence un hypométabolisme cortical cérébelleux bilatéral, ainsi que temporo-pariétal bilatéral, ce qui montrait le premier signe objectif d'une étiologie cérébelleuse au trouble de l'équilibre. Selon le Professeur R._____, cet examen devait déboucher sur la recherche d'une cause génétique d'une ataxie et une consultation génétique était nécessaire comme il y avait plus de dix gènes impliqués.

Le 5 juillet 2017, l'intimé a fait parvenir d'ultimes déterminations par lesquelles il a renvoyé à ses précédentes écritures.

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], identique dans sa teneur au 1^{er} janvier 2014). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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.

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, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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 let. a LPA-VD).

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de

l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références citées).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, plus exactement à une rente, la recourante n'ayant pas conclu à l'octroi de mesures professionnelles.

Dans sa réplique du 15 février 2017, la recourante demande à la Cour de céans de se prononcer sur la prise en charge des frais de physiothérapie et d'ergothérapie par l'OAI. En tant que cette question ne fait pas l'objet de la décision attaquée, elle est étrangère au présent litige. Il ne saurait par conséquent être donné suite à cette conclusion, d'autant moins que ladite prise en charge ne relève pas de l'assurance-invalidité vu la 5^{ème} révision de la loi excluant les mesures médicales pour les assurés âgés de plus de 20 ans (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 388 n° 1410). Partant, la conclusion de la recourante tendant à la prise en charge des frais de physiothérapie et d'ergothérapie est irrecevable.

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 (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 (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 LAI). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

d) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

4. a) En l'occurrence, sur le plan médical, la décision attaquée se fonde sur l'examen clinique rhumatologique du SMR du 19 février 2016, dont les conclusions ont été reprises par le SMR dans l'avis du 7 juin 2016 [recte : 7 septembre 2016]. L'examen clinique retient une atteinte invalidante à 50 % dans l'activité habituelle et de 75 % dans une activité adaptée à partir du 30 juin 2014.

b) La recourante se prévaut quant à elle de différents rapports médicaux, notamment du Dr F._____ et du Professeur R._____ pour contester le taux d'invalidité retenu par l'intimé, faisant valoir une nouvelle atteinte à la santé.

c) Du dossier, il ressort que la problématique orthopédique a été correctement investiguée, l'examen clinique rhumatologique du SMR du 19 février 2016 offrant un bon bilan, une analyse objective et soignée sur ce plan.

Toutefois, ni le SMR, ni l'OAI ne pouvaient ignorer la problématique neurologique soulevée.

On constate en premier lieu que l'examen clinique SMR du 19 février 2016 mentionne la capacité de travail pour ce qui est de l'atteinte rhumatologique (75 %) et celle relative à l'atteinte neurologique (80 % - fondé sur le rapport du Professeur R._____ du 12 février 2016), en relevant expressément que la première appréciation, soit les 75 %, « ne prend pas en compte le syndrome cérébelleux ». L'examen clinique SMR ne discute néanmoins pas les raisons pour lesquelles une diminution de la

capacité de travail n'est pas retenue dans les conclusions s'agissant de l'atteinte neurologique. Il n'est d'ailleurs pas fait mention de l'ataxie dans les différents diagnostics posés alors que l'examen clinique SMR la décrit et qu'elle ressort des rapports médicaux du Dr N. _____ du 3 novembre 2015, du courrier du Dr F. _____ du 1^{er} mars 2017, ainsi que celui du Professeur R. _____ du 26 juin 2017.

Par ailleurs, le Dr N. _____ relevait la complexité de la situation dans son rapport du 3 novembre 2015. Le Dr F. _____ et le Professeur R. _____ ont également indiqué la nécessité d'examens complémentaires (courriers des 8 mars et 26 juin 2017), ce que le SMR semble avoir aussi constaté, notamment dans l'avis médical du 7 juin 2016 [recte : 7 septembre 2016], en mentionnant que rien n'était moins sûr concernant le diagnostic d'ataxie spinocérébelleuse. Dans une pareille situation médicale en cours d'investigation, une décision ne pouvait pas être rendue.

A cela s'ajoute encore que l'intimé a totalement ignoré la récurrence d'hernie sur le plan orthopédique pourtant documentée par un scanner (rapport du 23 août 2016 du Centre d'imagerie du [...]).

Enfin, les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé ne correspondent pas à celles qui ressortent du rapport final du 30 octobre 2015 de la Fondation A. _____, mandatée par l'intimé, singulièrement concernant les longs trajets en voiture. Le Professeur R. _____ fait également état de cette limitation dans son rapport du 11 août 2016. En outre, l'examen clinique SMR du 19 février 2016 souligne la subsistance des lombosciatalgies qui limitent la durée de la conduite automobile, mais cette restriction n'est ensuite pas listée et aucune explication n'est donnée quant aux raisons pour lesquelles elle serait écartée.

d) Au vu de ce qui précède, un projet de décision pouvait certes être rendu, tel que notifié le 1^{er} juillet 2016, mais suite à la contestation de l'assurée, au vu des arguments soulevés et des pièces médicales produites, l'intimé ne pouvait, sauf à violer son devoir

d'instruction diligente et complète du cas, ignorer une péjoration non seulement en raison d'une nouvelle problématique neurologique objectivement documentée par des avis médicaux (rapport du Dr F. _____ du 26 octobre 2016 ; rapports du Professeur R. _____ des 24 août 2016 et du 14 avril 2017), mais également d'une récurrence d'hernie sur le plan orthopédique.

En rendant la décision dont est recours en l'état des pièces médicales qui lui avaient été récemment produites, l'intimé a donc manifestement statué de manière prématurée. Convenant du reste, dans sa réponse du 22 décembre 2016, d'une aggravation certaine en raison d'une maladie incurable, l'intimé ne pouvait se borner à renvoyer son assurée au dépôt d'une nouvelle demande, la péjoration de l'état de santé ayant été objectivée avant que la décision litigieuse ait été rendue.

Partant, il apparaît que l'état de santé de la recourante n'a pas été précisément établi, ce qui a des conséquences sur l'évaluation de la capacité de travail. La Cour de céans n'est dès lors pas en mesure de déterminer le réel taux d'incapacité et son évolution.

5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel 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 (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 (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 *in* SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Berne/St-Gall/Zurich 3^{ème} éd. 2015, n° 27 *ad* art. 43 LPGA).

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 (ATF 122 V 157 consid. 1d). 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 ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'occurrence, il incombe à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation médicale de la recourante, notamment sa capacité de travail, en procédant au besoin à une expertise médicale pluridisciplinaire neutre.

6. Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis dans la mesure de sa recevabilité (consid. 2b *supra*). La décision attaquée, manifestement prématurée, doit être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et globale dans le sens des considérants.

a) 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. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

b) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés en l'espèce à 2'500 fr. à charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis dans la mesure où il est recevable.

- II.** La décision rendue le 12 septembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 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 V. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Luc Del Rizzo (pour V. _____),
- 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).

La greffière :