

VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 1119 vom 18. Januar 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-01-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__1119

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 1119 du 18 janvier 2021

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 1119 del 18 gennaio 2021

Regeste

RÉVISION{DÉCISION}, NOUVEAU MOYEN DE FAIT, NOUVEAU MOYEN DE PREUVE | 53 al. 1 LPGA, 61 let. i LPGA, 100 LPA-VD

Erwägungen

E. 18

janvier 2021 _____ Composition : Mme Pasche , présidente M. Neu et Mme Berberat, juges Greffière : Mme _____ Monod ***** Cause pendante entre : B. _____ , à [...], requérante, représentée par PROCAP, Service juridique, à Bienne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.
_____ Art. 61 let. i LPGA ; art. 100 ss LPA-VD. E n f a i t : A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en 1964, est arrivée en Suisse en 1991. Elle est mariée et mère de trois enfants, nés en 1992 et 1993. Par demande formelle déposée le 10 décembre 2009 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), elle a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité, des suites de l'opération d'une tumeur de l'hypophyse et d'une hernie discale. Sur question de l'OAI, elle a indiqué, le 21 décembre 2009, qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % « depuis toujours », par intérêt personnel et nécessité financière. Après avoir recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr D. _____, médecin généraliste traitant, et l'avis du Service médical régional (SMR), l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire confiée au Centre F. _____ par mandat du 24 septembre 2010. Les Drs G. _____, spécialiste en neurologie, H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K. _____, spécialiste en rhumatologie, auprès du Centre F. _____, ont communiqué leur rapport le 26 juillet 2011. Ils ont retenu le diagnostic incapacitant de lombalgies chroniques dans le cadre d'une discrète irritation radiculaire L5 et S1 droite sur protrusion discale depuis 2003 (M51.1), en l'absence de toute pathologie psychique. Ils ont également mentionné, sans incidence sur la capacité de travail, un status après excision d'un adénome hypophysaire (opéré le 14 octobre 2003) se manifestant par un diabète et une acromégalie guéris (D35.2), un status après syndrome vestibulaire périphérique droit paucisymptomatique (H81.3), un status après méningite et sepsis à streptocoques pneumoniae en mai 2005 (G00.2), des céphalées d'origine tensionnelle (G44.2), une dystonie neurovégétative, avec phénomène de Trousseau (690.9), un status après intervention gynécologique en 1998, une ménopause précoce (E28.3X-002), des parents à charge au domicile nécessitant des soins (Z63.6 ; sa fille malade, depuis 18 ans, et son mari, depuis 10 ans), ainsi qu'un syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue (F17.25), présent depuis 10 ans. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée, sans port de charges supérieures à 10 kg. Sur le plan psychique, les experts du Centre F. _____ ont fait part des remarques suivantes : « [...] On ne constate pas de

trouble particulier de la personnalité (selon la CIM-10 : état et type de comportement cliniquement significatif qui ont tendance à persister et qui sont l'expression caractéristique de la manière de vivre de l'individu, de concevoir sa propre personne et d'établir des rapports avec autrui). Madame B. _____ va effectuer sa scolarité et commencer des études universitaires comme ingénieur agronome qu'elle va interrompre après 3 ans en raison des conflits politiques du pays. Elle présente un développement psychoaffectif normal. Les relations familiales sont décrites comme bonnes et les contacts avec ses frères et sœurs sont bons. C'est en 1989 que Madame B. _____ quitte le [...] en raison des difficultés politiques et s'installe dans un premier temps à [...] chez sa tante. Par la suite elle va faire la connaissance de son époux et le couple va s'établir à [...]. Madame B. _____ est mère de 3 enfants, un fils de 19 ans et des jumelles de 18 ans dont l'une présente des problèmes de santé importants (Spina Bifida et des problèmes de comportement) nécessitant une prise en charge spécifique. Son époux présente des problèmes de santé : épilepsie et schizophrénie paranoïde. Madame B. _____ se décrit comme positive et battante faisant face aux difficultés qu'elle rencontre. Madame B. _____ va s'occuper de manière adéquate de l'éducation de ses enfants, elle va travailler à temps partiel comme femme de ménage jusqu'en 2003. Il n'est pas décrit de trouble psychiatrique particulier et une prise en charge de type soutien est organisée entre 2007 et 2008 dans le contexte justement des difficultés que présente sa fille. L'examen minutieux de Madame B. _____ permet d'exclure un trouble dépressif, un trouble anxieux. L'assurée elle-même ne se plaint pas d'ailleurs de trouble psychique mais est gênée par des vertiges. Lors d'un contact téléphonique le 5 janvier 2011 avec le médecin traitant de l'assurée, le Docteur D. _____ nous informe que le suivi n'est pas régulier et que Madame B. _____ pourrait présenter des épisodes de décompensations fluctuantes. Dans ce contexte, il est décidé de réexaminer l'assurée à distance, soit le 3 mars 2011. Madame B. _____ n'évoque pas de plainte psychique. Elle décrit des maux de tête qui répondent avec du Paracétamol. Elle est gênée par des vertiges. Elle sort se promener avec son mari et voit des amis. Sur une période de deux mois, on ne constate pas de psychopathologie invalidante. » Par décision du 24 mai 2012, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé ayant un caractère invalidant, en l'absence d'incapacité de travail. B. B. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 30 août 2013, motif pris d'une atteinte psychiatrique « depuis mars 2012 au moins » et d'une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} août 2013. Étaient annexés un rapport du 27 juillet 2012 de la Prof. L. _____, cheffe de clinique auprès du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier C. _____, et un rapport du 2 juillet 2013 de la Dre J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein du Service de psychiatrie générale du Centre hospitalier C. _____. La Prof. L. _____ faisait part des conclusions suivantes à l'issue d'examen pratiqués le 17 juillet 2012 : « Le bilan neuropsychologique de cette patiente droitrière de 48 ans, présentant une fatigabilité et une labilité attentionnelle et frappant par un ralentissement et un important défaut d'incitation, met en évidence des troubles exécutifs, des troubles fluctuants de mémoire à court terme verbale et visuo-spatiale, des difficultés de mémoire épisodiques verbale et visuo-spatiale ainsi qu'une altération du raisonnement. Les fonctions instrumentales sont en revanche préservées. Nous relevons par ailleurs, sur le plan thymique, des signes d'un probable syndrome anxio-dépressif. Ce tableau neuropsychologique nous paraît s'inscrire de manière prépondérante dans le cadre du probable trouble thymique décrit. [...] » Quant à la Dre J. _____, elle a posé les

diagnostics de trouble dépressif majeur chronique, d'intensité modérée, de trouble psychotique non spécifié, de maladie de membres de la famille, de problèmes relationnels avec le partenaire et de problèmes relationnels parents-enfants. Au titre de diagnostics différentiels, elle a évoqué un trouble schizotypique et un trouble schizo-affectif unipolaire, dont, à ce stade, l'ensemble des critères n'était pas rempli. Elle attestait une totale incapacité de travail. Compte tenu du caractère chronique des symptômes et d'un environnement fragilisé par la présence de proches immédiats atteints de troubles psychiques sévères, le pronostic était réservé et peu favorable. Elle a notamment discuté du cas en ces termes : « Mme B. _____ présente un tableau psychopathologique complexe, entremêlant des symptômes neurologiques et psychiatriques, tableau chronique qui évolue depuis une dizaine d'années avec péjoration ces deux dernières années. Des tests psychologiques ont ainsi été effectués et concluent à une structure de personnalité psychotique luttant contre une vécu persécutoire au moyen de défenses paranoïaques et maniaques ; l'efficacité intellectuelle globale est basse, surtout compte tenu du niveau universitaire de la patiente, avec des scores très déficitaires en mémoire de travail et vitesse de traitement de l'information qui, associés à des signes spécifiques observés aux tests projectifs, rendent vraisemblable la présence d'un dysfonctionnement cérébral organique, ceci d'autant plus qu'il existe une anamnèse positive sur ce plan. Il en va de même des symptômes cognitifs décrits en entretien (oublis, vertiges avec chutes, céphalées, difficultés occasionnelles de comprendre ce qu'on lui dit, difficultés à reconnaître des personnes connues, troubles de la vision). [...] Les investigations endocrinologiques n'ont pas décelé de récurrence de l'acromégalie, retiennent une ménopause précoce avec ostéoporose précoce et une hypothyroïdie subclinique ne nécessitant pas de substitution. Sur le plan neurologique et neuropsychologique, il y a absence de processus démentiel tandis que les troubles cognitifs, mnésiques et exécutifs sont compris comme consécutifs à un état anxio-dépressif, les céphalées et les nausées comme relevant de phénomènes migraineux ; reste encore ouverte la possibilité d'un neuro-lupus ou d'une maladie auto-immune. Quant au status neuro-ophtalmique, il est dans les limites de la norme sans déficit expliquant les chutes ou que la patiente percute des objets ou du mobilier ; de même les céphalées pulsatiles avec nausées ainsi que les troubles de la vision sont attribués à des phénomènes migraineux. Sur le plan diagnostique, après ces compléments d'investigation somatique, nous retenons un trouble dépressif majeur chronique d'intensité modérée (humeur abaissée, angoisses matinales, troubles du sommeil, troubles de la concentration et de la mémoire, idées d'insuffisance et de culpabilité, fatigue et sensation d'agitation interne). Nous observons en effet des symptômes que l'on peut comprendre comme des troubles de base du registre psychotique (tolérance psychique diminuée, troubles de la concentration et de la mémoire à court terme, blocages ou barrages de la pensée, perception modifiée du visage, sensations physiques inhabituelles, difficultés à estimer les distances, perte de certains automatismes moteurs) sans que l'on puisse complètement exclure une composante psycho-organique subclinique à ces symptômes. En effet, ces symptômes, compte tenu du fonctionnement de personnalité de la patiente, sont vécus comme particulièrement envahissants et déstabilisants. Nous pouvons en effet faire l'hypothèse que l'opération de 2003 a décompensé la patiente sur le plan psychiatrique, liée au vécu invasif que représente une intervention chirurgicale avec le sentiment de perte de substances internes (la patiente pense par exemple que son cerveau se vide de son liquide céphalorachidien). Sur le plan du diagnostic différentiel, nous ne retenons pas le trouble anxieux, notamment pas de trouble panique, les épisodes anxieux aigus et la peur de sortir de chez soi ne correspondant pas aux

critères. En revanche, restent ouverts les diagnostics différentiels de trouble schizotypique ou de trouble schizo-affectif unipolaire pour lesquels, à ce stade, l'ensemble des critères n'est pas rempli. [...] » L'extrait du compte individuel AVS (CI) de l'assurée a mis en évidence un statut de personne sans activité lucrative, à l'exception d'activités salariées déployées durant un mois en 1995, cinq mois en 2000 et sept mois en 2001. L'assurée a réitéré, le 24 septembre 2013, à la demande de l'OAI, qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100 %, particulièrement depuis l'invalidité de son mari, par intérêt personnel et par nécessité financière. Renseignant l'OAI dans un rapport du 5 février 2014, la Dre M. _____, cheffe de clinique adjointe à la Polyclinique du Département de psychiatrie du Centre hospitalier C. _____, a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif majeur chronique (F33), de problèmes relationnels avec le partenaire (Z63.0) et de problèmes relationnels parents-enfants (Z63.8). Elle a également fait état des diagnostics différentiels de trouble schizotypique (F21) et de trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Une incapacité totale de travail était prononcée depuis le 19 août 2013. Après sollicitation du SMR, l'OAI a établi un projet de décision le 25 août 2014, envisageant de nier le droit de l'assurée à un reclassement et à une rente d'invalidité. Assistée de Procacp, l'assurée a contesté le projet précité le 11 novembre 2014, faisant valoir une péjoration substantielle de son état de santé psychique depuis 2011. Elle a produit un rapport établi le 15 septembre 2014 par la Dre N. _____, cheffe de clinique adjointe au Service de psychiatrie générale du Centre hospitalier C. _____, laquelle a relaté un suivi psychiatrique ambulatoire bimensuel depuis plusieurs mois. Cette praticienne faisait état des éléments suivants : « [...] Nous évoquons un probable trouble du spectre de la schizophrénie en raison de la symptomatologie suivante : particularité du contact, troubles du cours de la pensée, troubles cognitifs, trouble de l'élan vital, anxiété et retrait social. Depuis, notre investigation évolue vers la confirmation de cette atteinte avec apparition de troubles du contenu de la pensée ainsi que de troubles perceptifs. Nous observons alors tant la symptomatologie négative attribuée à un trouble dépressif ainsi qu'aux problèmes relationnels familiaux, que la symptomatologie positive sous forme d'idéations persécutives et d'hallucinations cénesthésiques. Mme B. _____ souffre d'un diagnostic de trouble schizo-affectif unipolaire qui implique un isolement social, un ralentissement, une diminution de l'énergie, de l'appétit, de l'intérêt et de l'aptitude à se concentrer et des idées suicidaires, ceci associé à des symptômes schizophréniques. Dans notre cas, il s'agit d'idées délirantes autour de l'image corporelle, de dons particuliers et de persécutions centrées sur la personne de son mari. Ces symptômes impliquent un degré d'invalidité important avec une perte significative et persistante de certains aspects du comportement et d'aptitudes avec une inactivité totale. Dans ce sens, avec une telle atteinte à la santé psychique, Mme B. _____ n'est pas en mesure de pouvoir travailler et ce de manière durable pour raisons médicales. [...] » Sur recommandation du SMR du 14 novembre 2014, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique de l'assurée, confiée au Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a communiqué son rapport le 16 avril 2016, à l'issue d'un examen clinique de l'assurée, accompagné de différents tests, et de deux entretiens avec ses médecins traitants. Il a retenu les diagnostics incapacitants ci-après : · trouble panique (F41.0), survenue brutale de sentiment d'irréalité, de paresthésies, de peur de perdre le contrôle de soi, d'étourdissements, par exemple en sortant de chez soi, ou en prenant le bus, · agoraphobie (F40.0), avec comportement d'évitement des foules, des endroits publics et peur de se déplacer non accompagnée, · personnalité obsessionnelle (F60.5), · somatisation (F45.0) : symptômes gastro-intestinaux,

engourdissement et fourmillements. Il a précisé ce qui suit : « Pour ma part, je ne peux pas retenir le diagnostic de trouble schizotypique car je ne retrouve cliniquement que trois critères : affect inapproprié, pauvreté du contact et pensée vague. Il faudrait au moins quatre critères pour pouvoir poser ce diagnostic. Je ne peux pas non plus retenir un diagnostic clinique de trouble schizo-affectif, type dépressif, car il n'y a pas le tableau clinique de syndrome typiquement schizophrénique comme la divulgation de la pensée ou des idées délirantes de contrôle. La symptomatologie dépressive présente est incomplète car il manque les troubles du sommeil, les idées de culpabilité et la dépression ressentie. Les symptômes exprimés sont plutôt du registre anxieux ou du désespoir à être dans une impasse sociale et familiale. [...] Nous avons affaire ici à une intrication biologique, psychologique, sociale et contextuelle. L'assurée est issue d'un milieu familial équilibré, sans psychopathologie repérable. Sa formation professionnelle [...] a été brutalement interrompue par le déclenchement d'une épilepsie qu'il est difficile de documenter et qui n'est plus présente actuellement. Migrante, elle est confrontée à des difficultés d'adaptation culturelle (famille musulmane non pratiquante, a dû renoncer à une activité professionnelle valorisante, s'occupe d'une fille qui a des problèmes de santé et des difficultés sociales ainsi qu'un mari qui va développer une schizophrénie). Débordée par le stress, suite à l'apparition d'une acromégalie actuellement cliniquement résolue, elle va développer un trouble anxieux, mélange de trouble panique avec agoraphobie et de somatisations anxieuses. Les signes cliniques, qui empruntent un langage du corps, relève plus, à mon avis, de la conversion hystérique que de la psychose dissociative. D'ailleurs l'hypothèse d'un trouble schizo-affectif, pour les psychiatres qui la suivent, n'a pas débouché jusqu'à la proposition d'un traitement neuroleptique. Nous restons toujours dans les hypothèses diagnostiques et chaque spécialiste croit et finit par reconnaître les symptômes qu'il connaît bien. La tonalité anxieuse, caractéristique du trouble panique l'emporte sur les autres considérations : les symptômes digestifs, la peur de perdre l'équilibre, l'impression d'être instable et d'avoir les jambes qui fléchissent, la dramatisation émotionnelle, la peur de sortir seule sans être accompagnée, la fatigabilité comme conséquence d'un état d'alerte anxieux permanent, difficultés d'attention et de concentration, anamnèse de neuronite vestibulaire, de maladie de Trousseau sont typiques de la phénoménologie de la panique. [...] V. Cohérence 1. Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assurée L'évaluation rétrospective des descriptions cliniques de l'assurée, l'observation clinique lors de l'entretien, l'évaluation de la psychopathologie anxieuse par des tests psychométriques permet de confirmer l'existence d'un « fil rouge » d'un trouble panique. Pour retenir avec certitude le diagnostic de trouble panique, il faut au moins quatre symptômes typiques : la peur d'étouffer, présence de paresthésies, vécu de déréalisation, gêne abdominale, malaise, transpiration, fatigue suite à un état d'alerte permanent et difficultés de concentration. Ces critères sont largement remplis, et la présence d'une dramatisation est confirmée par les résultats du MMPI-II qui n'est pas interprétable en raison d'une discordance de score et confirmée par le TCI qui retient une personnalité obsessionnelle compulsive. Je ne peux pas m'inscrire en faux contre les constatations des collègues spécialistes en psychose, et pour ma part je ne peux pas, lors de l'entretien d'investigation, confirmer l'observation de symptômes comme le vol de la pensée, un trouble délirant, des hallucinations auditives. Les symptômes décrits sont du registre anxieux et évoquent la peur de la maladie, le débordement par le stress, l'envie d'attirer

l'attention pour bénéficier d'aide et de reconnaissance sociale. Les critères ne sont pas remplis pour un trouble schizotypique ou une psychose affective unipolaire, selon mon observation bien sûr. 2. Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession, activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales) L'assurée souffre d'un trouble panique avec agoraphobie et des somatisations anxieuses liées à ses faibles capacités émotionnelles de faire face. Elle exerce toujours, avec aide, ses tâches ménagères, et se ressent subjectivement fatiguée, débordée, maladroite. Elle n'a pas de formation professionnelle, mais a exercé et exerce encore son rôle de ménagère, mère au foyer. 3. Comparaison détaillée du niveau d'activité constatée avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé Apparition d'un trouble panique avec restriction de son autonomie surtout vis-à-vis de l'extérieur et ressenti d'épuisement subjectif. Il n'y a de mon point de vue pas d'aggravation objective et significative de la psychopathologie depuis 2013. [...] » L'expert a conclu à une capacité de travail de 80 % dans « l'activité adaptée de ménagère à domicile », ce à quoi le SMR s'est rallié dans un avis du 10 mai 2016. Par décision du 19 mai 2016, l'OAI a prononcé un refus de reclassement et de rente d'invalidité, considérant l'absence de modification de la capacité de travail depuis sa précédente décision. C. Par acte du 23 juin 2016, B. _____, représentée par Procap, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'administration pour complément d'instruction, contestant la détermination d'un statut d'active à 100 % opérée par l'intimé et la force probante de l'expertise réalisée par le Dr P. _____. La Cour de céans a rendu son arrêt le 25 avril 2017, en la cause AI 164/16 – 127/2017, et admis le recours de l'assurée. Elle a considéré que la reconnaissance d'un statut d'active à 100 % en faveur de l'assurée, en se fondant sur ses seules déclarations, ne se justifiait pas. L'assurée n'avait pratiquement pas exercé d'activité lucrative en Suisse, alors qu'aucun obstacle sérieux – notamment l'âge de ses enfants – ne s'opposait à une prise d'activité professionnelle, à tout le moins progressive. L'assurée revêtait par conséquent un statut de personne sans activité lucrative. Un motif de révision était par ailleurs donné en l'espèce du fait d'une modification de l'état de santé psychique, soit de l'apparition d'un trouble panique diagnostiqué par le Dr P. _____. La cour cantonale a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, soit la définition précise des limitations fonctionnelles induites par la problématique psychique et la mise en œuvre d'une enquête économique sur le ménage, avant l'établissement d'une nouvelle décision. D. Reprenant l'instruction de la cause, l'OAI a sollicité le Dr P. _____ le 17 mai 2017 en vue de préciser les limitations fonctionnelles de l'assurée. L'expert s'est déterminé comme suit le 21 juin 2017 : « [...] L'évolution montre la présence d'une attitude revendicatrice et procédurière, ce qui était prévisible. Pour moi, les limitations fonctionnelles, dans cette situation psychosociale (surtout sociale) complexe, avec la conviction d'avoir droit à être reconnue dans sa souffrance (c'est le cas !) sont la médicalisation des troubles de l'adaptation, la dramatisation, l'amplification du ressenti pour solliciter de l'aide (symptômes physiques mis en avant), le sentiment que la considération, l'aide, lui est due. Le trouble panique peut être amélioré et il n'y a pas d'évolution récente significative. » Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 24 juillet 2017 au domicile de l'assurée. Le rapport correspondant du 26 juillet 2017 a retenu des empêchements pour les postes « alimentation », « entretien du logement », « emplettes et courses diverses », ainsi que « lessive et entretien des vêtements ». L'invalidité globale se

montait ainsi à 25.5 % dans la tenue du ménage. L'assurée a par ailleurs allégué, à cette occasion, que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé dès son arrivée en Suisse en 1991. Par avis du 16 août 2017, le SMR a considéré qu'une aggravation de l'état de santé et une invalidité de 25,5 % dans les activités ménagères devaient être prises en compte dès juillet 2012. Fondé sur ces éléments, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente d'invalidité le 30 novembre 2017, prenant en considération un degré d'invalidité de 25,5 % dans la sphère ménagère. L'assurée a contesté ce projet par écriture du 8 décembre 2017. Elle a subséquemment produit des rapports du Dr D. _____ du 24 janvier 2018 et de la Dre Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 15 mars 2018. Cette dernière a mentionné les diagnostics suivants : · trouble de panique (F41.0), · trouble lié à des traumatismes ou à un facteur de stress non spécifié (F43.9), par le fait que la patiente vit des facteurs de stress entraînant une détresse cliniquement significative avec un impact sur le fonctionnement social, professionnel et familial, · personnalité obsessionnelle (F 60.5), · agoraphobie (F40.0). La Dre Q. _____ a au surplus fait part de son appréciation du cas en ces termes : « [...] Il s'agit d'une patiente qui présente depuis longtemps une vulnérabilité (bien avant ses

E. 20

ans) : elle a été hospitalisée en milieu psychiatrique pendant plusieurs mois à cause d'un probable état dépressif sévère avec somatisation. De par son parcours de vie, la patiente vit en continu avec un stress d'adaptation au quotidien. Les symptômes comme la baisse de l'humeur, le sentiment de désespoir et d'impuissance avec de fortes composantes anxieuses sont des symptômes qui habitent la patiente depuis plusieurs années. Le contexte familial dans lequel elle s'est retrouvée en Suisse a eu pour conséquence que ses conditions de vie sont très défavorisées, isolée affectivement et le stress vécu quotidiennement lui a amené beaucoup de souffrance. Cette souffrance a été plus amplifiée encore par les affections médicales vécues les dernières années, en plus des difficultés à accepter l'émancipation de ses enfants et leur départ du domicile. Mme B. _____ s'est retrouvée seule avec sa souffrance, ce qui est devenu son seul moyen pour exister. De plus, cette souffrance lui permet de pouvoir s'isoler et se distancier un peu de son mari, afin de se différencier de cette relation de couple qui semble être vécue comme un emprisonnement. Le diagnostic d'un trouble lié à des traumatismes, un facteur de stress non-spécifié a été retenu en raison des événements traumatiques vécus dans le passé (dont la patiente n'a pas souhaité parler) et surtout des facteurs de stress au quotidien avec cette détresse liée à sa situation affective et de possessivité de la part de son mari. En effet, elle n'oserait pas faire un mouvement sans être surveillée ou sans l'accord de son mari. [...] [La] capacité de travail pour cette patiente me semble nulle car elle n'aura aucune possibilité de s'adapter encore plus à une nouvelle situation qui serait celle d'une activité professionnelle. Selon l'échelle d'évaluation globale de fonctionnement, les symptômes importants qu'elle vit comme le désespoir dans l'avenir, ses rituels durant la journée, les attaques de panique, sa froideur relationnelle, l'isolement amènent des difficultés d'intensité moyenne dans son fonctionnement professionnel, social et relationnel. En effet, la patiente n'arrive même pas à assumer les activités de la vie quotidienne sans la présence et l'appui de son entourage, appui dont elle peut théoriquement bénéficier mais qui, dans la réalité, est restreint compte tenu de la maladie psychiatrique de son époux et son récent état de santé physique, annonciateur d'une péjoration. Son fonctionnement tant au niveau social, interpersonnel ou professionnel sont déjà tellement altérés que la patiente ne pourrait pas trouver d'avantage d'énergie, de compétences ou de ressources émotionnelles pour pouvoir évoluer. Ses troubles de panique sont déjà très

présents et tout son quotidien est envahi par la crainte et la conséquence de ces attaques possibles. [...] » A la suite d'un avis du SMR du 31 mai 2018, l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire de l'assurée, dont le mandat a été confié à la Clinique R. _____ le

E. 22

novembre 2018. L'assurée a fait l'objet d'examens cliniques du 14 au 16 janvier 2019 par les Drs S. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, T. _____, médecin assistante, W. _____ y, spécialiste en neurologie, et V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Sur les plans somatique et neurologique, les experts ont relaté les diagnostics d'adénome hypophysaire opéré en 2003, de fracture de l'épiphyse distale du radius droit en 2017 et de cholécystectomie en 2017, ainsi que de hernie discale L5-S1 d'évolution favorable vers un syndrome radiculaire S1 droit séquellaire et de céphalées de tension. Du point de vue psychiatrique, étaient relevés un trouble du registre de la psychose et des attaques d'anxiété paroxystiques, en présence d'une « intrication de symptômes thymiques et psychotiques, qui pose le diagnostic différentiel entre un trouble dépressif récurrent et un trouble schizo-affectif. » Le consilium des experts a exposé son évaluation du cas en ces termes dans le rapport rédigé le 31 janvier 2019 : « Au final, la présente expertise s'écarte à la fois de la première évaluation bidisciplinaire de 2011, de l'évaluation réalisée par le Dr P. _____ en 2016, et de celle la Dre Q. _____ de mars 2018. Cette évaluation confirme la pathologie psychotique relevée à juste titre en milieu universitaire. Selon notre appréciation, cette pathologie a été sous-estimée dans sa nature et ses répercussions. En tenant compte de l'évolution de l'expertisée depuis son arrivée en Suisse, on estime qu'elle n'a jamais disposé des ressources pour s'inscrire, même de façon minimale, dans une activité professionnelle du milieu économique ouvert. Même si des facteurs contextuels interviennent dans le manque d'intégration socioprofessionnelle de l'expertisée (notamment l'attitude de son mari qui l'aurait éloignée à plusieurs reprises de ses tentatives d'activité professionnelle), il est plus probable que ce soit avant tout sa pathologie psychotique qui en soit responsable. Sur le plan somatique, on peut raisonnablement admettre qu'en raison de la hernie discale, on ne puisse pas exiger de Mme B. _____ qu'elle exerce une activité sollicitant son dos en terme de ports de charges répétés au-delà de 10 kg et de maintien en porte-à-faux du rachis. Cette estimation est purement médico-théorique, sachant que les troubles psychiatriques empêchent toute idée d'implication professionnelle. En ce qui concerne d'éventuelles mesures thérapeutiques, il serait adapté de proposer à l'expertisée un traitement neuroleptique atypique, afin de tenter de diminuer sa confusion mentale et de réduire ses troubles perceptifs. Le pronostic d'amélioration et de retour dans une activité professionnelle est défavorable. [...] » L'expert psychiatre a spécifiquement fait état de son appréciation comme suit dans son rapport du 16 janvier 2019 : « [...] En ce qui concerne les diagnostics, mon avis est le suivant. On observe une assurée peu structurée dans son discours, qui s'exprime de façon fruste, avec des capacités intellectuelles qui paraissent cliniquement inférieures à ce que son parcours scolaire laisserait supposer. Ceci ouvre rapidement l'hypothèse de troubles psychiques, plus qu'un déficit intellectuel. À mon avis, les thérapeutes qui ont suivi l'expertisée à la consultation [...] posaient les diagnostics psychiatriques les plus pertinents, même s'il reste difficile, à l'heure actuelle, de formuler un diagnostic précis. De leur côté, ils relevaient à la fois une symptomatologie négative (isolement social, ralentissement, diminution des capacités de concentration), et des symptômes plus spécifiques sous la forme d'idées persécutives et d'hallucinations cénesthésiques. De façon pertinente ils relevaient des idées

déliquant autour de l'image corporelle, la notion de dons particuliers. Le rapport de la Polyclinique du Centre hospitalier C. _____ du 2 juillet 2013, qui n'est pas discuté dans l'expertise du Dr P. _____, relève des éléments psychotiques pertinents, notamment lorsqu'il est décrit « qu'elle est convaincue que les objets autour d'elle bougent d'eux-mêmes, qu'en les regardant elle les fait bouger, qu'elle les pousse avec l'œil. Elle se couvre alors la tête et les yeux d'un foulard, qu'elle serre fortement, afin de réduire les douleurs et les objets qui bougent ». On ajoute que l'assurée « décrit des sensations de déformation de son corps, qu'elle vérifie et voit dans son miroir, surtout de son visage et de sa langue, dont elle a l'impression qu'ils sont enflés ou gonflent [...] elle est convaincue qu'il lui manque de l'eau dans la tête ». On lit dans ce rapport que « le contact est bizarre ». Dans la discussion du cas, les thérapeutes relevaient alors de nombreux éléments confirmant la pathologie psychotique avec, dans les tests de personnalité, « une structure psychotique luttant contre un vécu persécutoire au moyen de défenses paranoïaques et maniaques ». On relève alors de nombreux arguments, pertinents, d'un trouble psychotique. Dans l'anamnèse, on retrouve ces éléments psychotiques, que ce soit lors des premières hospitalisations rapportés par l'assurée où elle décrit déjà des perceptions auditives anormales (voix masculines qui l'exhortaient à faire du mal à sa famille). La première hospitalisation en milieu psychiatrique semble avoir été associée à des symptômes dépressifs manifestes, avec une baisse de l'humeur, une fatigabilité accrue, une perte d'appétit et une perte pondérale. On retrouve donc une intrication de symptômes thymiques et psychotiques, qui pose le diagnostic différentiel entre un trouble dépressif récurrent associé, lors des phases aiguës, à des symptômes psychotiques d'accompagnement, et un trouble schizo-affectif. Pour le trouble schizo-affectif, selon les critères du DSM5, on devrait mettre en évidence une période ininterrompue de maladie pendant laquelle sont présents à la fois un épisode thymique caractérisé et le critère A de la schizophrénie. Le critère A de la schizophrénie est réuni chez l'expertisée, si on prend en compte les idées délirantes de nature persécutoire et la description d'une symptomatologie hallucinatoire (avant tout sur le plan auditif, mais également sur le plan cénesthésique) même si la durée de ces troubles perceptifs reste difficile à déterminer dans le discours de l'assurée. On observe un discours peu organisé, et des symptômes négatifs (caractérisés par la perplexité de l'assurée, ses troubles de concentration, qui sont également observés au status AMDP). En ce qui concerne le critère B du trouble schizo-affectif, on devrait mettre en évidence des idées délirantes ou des hallucinations pendant une période d'au moins 2 semaines en dehors d'un épisode thymique caractérisé. Ce critère est plus délicat à déterminer. L'anamnèse et le dossier médical mis à disposition ne sont pas suffisamment précis pour relever clairement des périodes de rémission de la symptomatologie thymique. A l'heure actuelle, même si cette symptomatologie thymique est au second plan, on constate une tristesse, une fatigabilité accrue, une réduction de l'énergie et de l'activité. On relève une attitude morose et pessimiste face à l'avenir et des idées de dévalorisation et des troubles de la concentration et de l'attention. Sur une échelle psychométrique complémentaire MADRS, les symptômes thymiques sont actuellement peu marqués, de l'ordre de la dépression légère. On ne peut toutefois conclure au fait que l'expertisée ne présente aucune symptomatologie thymique, et ce critère B du trouble schizo-affectif reste délicat à valider. En ce qui concerne le critère C du trouble schizo-affectif, les symptômes répondant aux critères d'un épisode thymique doivent être présents durant la majeure partie de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie. Si l'on prend en compte ce qui est constaté sur le plan thymique (présence d'une symptomatologie dépressive légère persistante), ce critère peut donc être

rempli. Enfin, en ce qui concerne le critère D, la perturbation ne doit pas être imputable aux effets physiologiques directs d'une substance, ce qui est le cas dans la situation de l'assurée. Si l'on devait être plus précis en ce qui concerne le trouble schizo-affectif, on ne retrouverait pas de symptomatologie maniaque. Il s'agirait donc effectivement d'un trouble schizo-affectif unipolaire, de type dépressif. [...]. Les diagnostics étant discutés, en ce qui concerne la personnalité de l'assurée, un trouble psychotique génère d'importantes altérations au niveau de la constitution de la personnalité, sans qu'il ne soit nécessaire de formuler (comme on peut le lire dans certains rapports médicaux) un diagnostic de trouble de la personnalité. Par définition, l'expertisée présente des distorsions dans la perception de la réalité. Sa capacité d'organiser sa pensée vers une action structurée est fortement diminuée (en raison de l'apragmatisme lié aux symptômes négatifs de l'état psychotique). L'intentionnalité s'en trouve réduite. Les capacités à gérer les émotions sont diminuées, comme en témoignent les manifestations anxieuses paroxystiques mal contenues, sous la forme d'attaques de panique. Les fonctions complexes du Moi sont peu développées et peu efficaces. [...] Les troubles psychiatriques de l'expertisée se sont développés à l'âge de jeune adulte. Ils ont été selon l'anamnèse accompagnés de deux hospitalisations en milieu psychiatrique. Un suivi spécialisé est mentionné depuis plusieurs années, sans que l'on n'assiste à une stabilisation, même si un traitement neuroleptique mériterait d'être instauré. Globalement, les chances d'amélioration sont faibles. Vu la gravité des troubles, l'expertisée ne dispose pas de ressources suffisantes pour s'insérer dans d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle. [...] » Par avis du 26 mars 2019, le SMR s'est rallié aux conclusions des experts de la Clinique R._____. L'OAI a dès lors communiqué sa décision le 6 septembre 2019, prononçant un refus de rente d'invalidité. Il a retenu une péjoration de l'état de santé constatée en juillet 2012, conduisant à la reconnaissance d'un degré d'invalidité de 25,5 % dans l'accomplissement des tâches ménagères. Cette décision est entrée en force, en l'absence de recours subséquent de l'assurée. L'OAI a adressé à PROCAP, mandataire de l'assurée, un tirage de l'intégralité du dossier constitué par ses soins, en date du 9 septembre 2019. E. B._____, assistée de PROCAP, a requis la révision de l'arrêt cantonal rendu le

E. 25

avril 2017 en la cause AI 164/16 – 127/2017 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. La demande de révision de l'arrêt cantonal a été déposée le 5 décembre 2019 auprès de la cour compétente (cf. art. 102 LPA-VD). Cette demande fait suite à la réception, le 11 septembre 2019, de l'intégralité des pièces du dossier constitué par l'intimé auprès du mandataire de la requérante (cf. tampon de réception apposé par PROCAP sur le courrier de l'intimé du 9 septembre 2019 ; pièce n° 3 du bordereau de la requérante). La demande de révision a dès lors été déposée dans le délai légal de nonante jours dès la « découverte » du rapport d'expertise de la Clinique R._____, soit à réception du pli de l'intimé du 9 septembre 2019 (cf. art. 101 LPA-VD). Toutefois, ainsi que le relève l'intimé, on peut observer qu'à cette date, la requérante aurait été en mesure d'interjeter un recours auprès de la Cour de céans à l'encontre de la décision de refus de rente d'invalidité du 6 septembre 2019. Elle aurait ainsi pu faire valoir, dans le cadre d'une voie de recours ordinaire, les arguments qu'elle soulève à l'appui de sa demande de révision. Compte tenu de ce contexte, on peut s'interroger sur le bien-fondé de l'entrée en matière sur la requête de révision (cf. consid. 2d supra). Cela étant, celle-ci doit de toute façon être rejetée sur le fond, compte tenu de ce qui suit. 3. a) La lettre i de l'art. 61 LPGA prévoit que les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve

nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement. Aux termes de l'art. 100 LPA-VD, un jugement peut être annulé ou modifié, sur requête, s'il a été influencé par un crime ou un délit (al. 1, let. a) ou si le requérant invoque des faits ou des moyens de preuve importants qu'il ne pouvait pas connaître lors de la première décision ou dont il ne pouvait pas ou n'avait pas de raison de se prévaloir à l'époque (al. 1, let. b). Les faits nouveaux survenus après le prononcé du jugement ne peuvent donner lieu à une demande de révision (al. 2). Cette dernière disposition correspond à la jurisprudence du Tribunal fédéral, rendue notamment en lien avec l'art. 61 let. i LPGA. b) La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, de révision d'un jugement cantonal conformément à l'art. 61 let. i LPGA ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110 ; TF 8C_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 2). c) Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 144 V 245 consid. 5.2 et les références citées). La nouveauté se rapporte ainsi à la découverte et non au fait lui-même, lequel doit avoir existé avant l'arrêt dont la révision est demandée (TF 1F_12/2014 & 1F_13/2014 du 22 mai 2014 consid. 3.1). Il y a manque de diligence lorsque la découverte de faits résulte de recherches qui auraient pu et dû être effectuées dans la procédure précédente (TF 2F_3/2019 du 23 juillet 2019 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (TF 8C_824/2014 du 29 décembre 2014, consid. 2 et les références citées). d) Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 144 V 245 consid. 5.2 ; 127 V 353 consid. 5b ; cf. également : Jean Métral, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n°135 ad art. 61 LPGA). e) La révision ne permet pas de supprimer une erreur de droit, de bénéficier d'une nouvelle interprétation, d'une nouvelle pratique ou d'obtenir une nouvelle appréciation de faits connus lors de la décision dont la révision est demandée. Elle ne permet pas non plus de rediscuter l'argumentation juridique contenue dans l'arrêt dont la révision est demandée. Une appréciation juridique erronée de l'autorité qui a pris la décision n'ouvre donc pas la voie de la révision (cf. Bovay/Blanchard/Grisel Rapin, op. cit., n. 4 ad art. 100 LPA-VD p. 454). 4. a) En l'espèce, il convient d'examiner, en premier lieu, si le rapport d'expertise, communiqué par la Clinique R. _____ le 31 janvier 2019, relate un fait nouveau dans le sens entendu par l'art. 61 let. i LPGA. La requérante fait en effet valoir que le trouble du registre de la psychose, retenu par l'expert psychiatre de la Clinique R. _____, constituerait un fait nouveau susceptible d'entraîner la reconnaissance d'un statut de

personne active depuis son arrivée en Suisse. b) Contrairement à ce qu'elle soutient, tel n'est toutefois pas le cas. On relève d'emblée qu'un éventuel trouble psychique, de nature à justifier l'absence de toute activité professionnelle, a été évoqué et analysé dès la première demande de prestations déposée le 10 décembre 2009. L'intimé avait mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, confiée au Centre F. _____ et contenant un volet psychiatrique, du fait des diagnostics évoqués par le médecin traitant de la requérante. En l'absence de plaintes d'ordre psychique et au vu de l'examen clinique de l'intéressée, le Centre F. _____ avait été en mesure d'exclure un trouble de la personnalité et un trouble dépressif ou anxieux. Des investigations complémentaires avaient au surplus été effectuées au terme d'une période subséquente de deux mois en vue de s'assurer du défaut d'atteinte psychique significative (cf. rapport du Centre F. _____ du 26 juillet 2011, p. 23). Dans le cadre de la seconde demande de prestations de la requérante, datée du 30 août 2013, le diagnostic de trouble psychotique non spécifié et celui de trouble schizotypique ou schizo-affectif, à titre différentiel, ont été retenus au sein du Centre hospitalier C. _____ (cf. rapports des Dres J. _____ du 2 juillet 2013 et M. _____ du 5 février 2014). Ceux-ci ont été discutés et écartés par le Dr P. _____ à l'issue de son rapport d'expertise (cf. rapport du 16 avril 2016, p. 14 et 15). Dès lors, l'éventualité d'un trouble psychique, singulièrement de type psychotique, ne constitue pas un fait nouveau, qui aurait été inconnu des parties jusqu'à l'émission du rapport d'expertise de la Clinique R. _____ du 31 janvier 2019.

5. a) On relève, en second lieu, que le diagnostic psychique posé au sein de la Clinique R. _____, ne constitue pas davantage un fait important conformément à l'art. 61 let. i LPGA. Cet élément n'apparaît en aucun cas susceptible de modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt de la Cour de céans du 25 avril 2017 et de conduire à un jugement différent fondé sur une nouvelle appréciation juridique. b) Il convient en effet de rappeler que la détermination du statut d'un assuré dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles. Il s'agit d'une évaluation qui doit prendre également en considération la volonté hypothétique de l'assuré et qui doit en règle générale être déduite d'une pluralité d'indices extérieurs (ATF 130 V 393 consid. 3.3. ; TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012, consid. 5.2 et la référence citée). La détermination du statut répond à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait en l'absence d'atteinte à la santé. c) Aux termes de l'arrêt incriminé de la Cour de céans du 25 avril 2017, cette dernière a examiné le statut de la requérante en se fondant tout d'abord sur les constats ressortant de son CI, lequel ne mettait en évidence que trois brèves périodes d'activité lucrative en 1995, 2000 et 2001. Elle s'est ensuite référée à un arrêt fédéral présentant une situation similaire à celle de la requérante (TF 9C_875/2015 du 11 mars 2016). Elle a également pris en considération sa situation familiale et financière pour conclure à un statut de ménagère (cf. AI 164/16 – 127/2017, consid. 5b). Dans le cadre de son analyse, la Cour de céans avait connaissance des diagnostics différentiels posés au Centre hospitalier C. _____ et en a fait abstraction pour se prononcer sur les circonstances pertinentes pour juger de la probabilité de l'exercice d'une activité professionnelle. Le raisonnement de la cour, au demeurant en toute cohérence avec son analyse de la situation médicale, repose sur une jurisprudence fédérale proche du cas de la requérante et apparaît conforme au droit. Dès lors, on ne voit pas que les conclusions de l'expert psychiatre de la Clinique R. _____, qui viennent corroborer ultérieurement les éléments rapportés par le Centre hospitalier C. _____, auraient entraîné un autre raisonnement juridique et un résultat différent sur le fond.

6. Enfin, on peut exclure que le rapport d'expertise de la Clinique R. _____ du 31 janvier 2019 soit qualifié de nouveau

moyen de preuve en vertu de l'art. 61 let. i LPGA. Ce document ne sert pas à l'établissement de faits nouveaux, mais constitue une appréciation différente de la situation médicale de la requérante, eu égard aux précédentes expertises psychiatriques auxquelles elle s'était soumise. Ainsi qu'il a été mentionné sous consid. 4b supra, le diagnostic pris en considération par le Dr V._____ s'avère être un diagnostic différentiel envisagé de longue date dans le cas de l'intéressée. Or, ainsi que l'ont rappelé la jurisprudence et la doctrine citées sous consid. 3d ci-avant, le fait qu'un expert fasse part ultérieurement de conclusions différentes de celles retenues dans un arrêt, sur la base d'une situation factuelle déjà connue, ne suffit pas à justifier la révision de cet arrêt. 7. a) Il s'ensuit que les conditions posées par l'art. 61 let. i LPGA ne sont pas réunies en l'occurrence. La demande de révision introduite le 5 décembre 2019 doit par conséquent être rejetée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure de révision étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), sauf en cas de témérité ou de légèreté, lesquelles ne sont pas réalisées en l'espèce. c) Il n'est pas alloué de dépens, au vu de l'issue du litige (cf. art. 61 let. g LPGA)

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