

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 578 vom 16. Juli 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-07-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2024\\_\\_578](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__578)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 578 du 16 juillet 2024

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 578 del 16 luglio 2024

## Regeste

EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, FORCE PROBANTE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, RECONSIDÉRATION | 28 LAI, 28a al. 2 LAI, 28a al. 3 LAI, 29 LAI, 4 LAI, 53 al. 2 LPGA, 88bis RAI

## Erwägungen

### E. 1

LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

### E. 2

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable ratione temporis dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, comme en l'espèce, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

### E. 3

Le litige porte sur l'étendue du droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

### E. 4

L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas

d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. b) aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA). cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances

semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c). c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18 e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

## **E. 5**

a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). d) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable

de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C\_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), on admet que si la personne assurée n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, elle doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C\_568/2017 du 11 janvier 2018 consid. 5.4).

## **E. 6**

Aux termes de l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1 ; révision procédurale). L'assureur peut également revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2 ; reconsidération). La condition de l'erreur manifeste est notamment réalisée lorsque la décision a été rendue en fonction d'un état de fait établi de manière incomplète en violation du principe inquisitoire (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Par exemple, une évaluation de l'invalidité qui n'est fondée sur aucune appréciation médicale suffisante et concluante n'est pas conforme au droit et la décision correspondante est manifestement erronée (Margit Moser-Szeless, op. cit. , n° 75 ad art. 53 et les références citées). Si une erreur manifeste a été commise au détriment de la personne assurée, à propos d'une question spécifique à l'assurance-invalidité, la reconsidération prend effet dès le mois où le vice a été découvert (cf. art. 88bis let. c RAI), sous réserve du délai de péremption de cinq ans prévu par l'art. 24 al. 1 LPGA. En revanche, si l'erreur a été commise à propos d'une question qui se pose de manière analogue dans le domaine de l'assurance-vieillesse et survivants, la modification a lieu avec effet rétroactif au moment où la prestation aurait initialement dû être allouée (extunc), sous réserve du délai de péremption de cinq ans prévu par l'art. 24 al. 1 LPGA (ATF 129 V 211 consid. 3 ; 129 V 433 consid. 5). En cas de décision manifestement erronée, le vice est réputé découvert, au sens de l'art. 88bis let. c RAI, au moment où l'existence d'une erreur apparaissait vraisemblable, si bien que l'administration aurait eu suffisamment de motifs de procéder d'office à des mesures d'instruction, ainsi que lorsque la personne assurée a présenté une demande de révision qui aurait dû conduire l'administration à agir et à ordonner d'autres mesures d'instruction (ATF 129 V 433 consid. 5 et 6). La jurisprudence du Tribunal fédéral a, contre la teneur explicite de l'art. 88bis al. 1 let. c RAI et la systématique de l'ordonnance, étendu l'application de ces principes au cas de la reconsidération d'une décision de refus de rente (ATF 129 V 211 consid. 3.2.1 et les références citées ; TF 9C\_628/2014 du 7 avril 2015 consid. 3.3).

## **E. 7**

En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la dernière demande de prestations déposée par la recourante et a confié la réalisation d'une expertise en médecine interne générale et en psychiatrie au R. \_\_\_\_\_ afin d'élucider sa capacité de travail exigible. Se fondant sur ce rapport, l'OAI a estimé que la capacité de travail de la recourante était de 40 % dans son activité habituelle de nettoyeuse et éducatrice et de 50 % dans une activité adaptée à ses

limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à cinq kilos, accessibilité facilitée aux toilettes avec possibilité de s'y rendre à tout moment, éviter une activité professionnelle au contact de clients au vu de la gêne occasionnée par les troubles du transit et les gaz, fatigabilité, réduction de la résistance au stress, manque d'élan vital, anticipations anxieuses d'avoir des diarrhées et des gaz à l'origine de conduites d'évitements, baisse de l'estime de soi et renforcement de la crainte du jugement social). La recourante conteste cette appréciation. Elle met en avant le stress et les angoisses liés au syndrome de Lynch diagnostiqué en 2014, qui implique des contrôles réguliers à vie avec la crainte de l'annonce d'un nouveau cancer, et les répercussions sur son quotidien et sa santé des diarrhées dont elle souffre. Elle se réfère implicitement au rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 22 juillet 2023. Il convient donc d'examiner la valeur probante de l'expertise diligentée par le R. \_\_\_\_\_. a) En l'occurrence, les expertes du R. \_\_\_\_\_ ont bel et bien pris en compte les atteintes tant somatiques que psychiatriques de la recourante dans le cadre de leur appréciation. Sur le plan formel, l'expertise, comportant un volet en médecine interne générale et un volet en psychiatrie, ne prête pas le flanc à la critique et remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante. En effet, les expertes ont établi le contexte médical de la recourante, puisqu'elles ont résumé son dossier, synthétisant les documents médicaux depuis 2013 (expertise du R. \_\_\_\_\_, p. 4 à 11). Elles ont établi une anamnèse détaillée sur les plans familial, personnel, professionnel et médical (idem, p. 19 à 21, 23 à 28, 42 à 48). En outre, l'expertise contient des conclusions claires et motivées, elle tient compte des plaintes de l'assurée (idem, p. 21, 40 à 42) et a été établie à l'issue d'exams cliniques de respectivement 2 heures et quinze minutes et de quatre heures, puis d'une évaluation consensuelle. b) Sur le plan somatique, la Dre Q. \_\_\_\_\_ s'est longuement entretenue avec l'expertisée afin d'avoir un bon aperçu de ses anamnèses et plaintes, avant de l'ausculter selon sa spécialité. On relèvera également qu'après cet entretien, l'experte a même pris contact par courrier électronique avec le gastroentérologue traitant et l'oncologue traitant et s'est entretenue téléphoniquement avec le Dr M. \_\_\_\_\_, afin d'obtenir des précisions sur l'état de santé de l'intéressée. La Dre Q. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants d'« adénocarcinome de type endométrioïde de haut grade pT1b, pN0, G3 stade FIGO IB » et d'« adénocarcinome de l'angle colique droit en grande partie de type mucineux, G4, classé pT3 pN0 (o/14) cM0 R0 LV0 ». A cet égard, elle a bien précisé qu'elle ne retenait pas de cause organique à la fatigue, laissant le soin à l'experte psychiatre de se prononcer sur les limitations fonctionnelles liées à celle-ci. La Dre Q. \_\_\_\_\_ a retenu, en lien avec le cancer de l'utérus et ses traitements, que la recourante ne pouvait porter des charges supérieures à cinq kilos (faiblesse pariétale et du plancher pelvien, risque d'herniation) et rester debout plus de deux heures sans possibilité d'alterner les positions. S'agissant du cancer du côlon, les limitations fonctionnelles consistaient en une accessibilité facilitée aux toilettes et à la possibilité de s'y rendre à tout moment et éviter une activité professionnelle au contact de clients au vu de la gêne occasionnée par les troubles du transit et les gaz. Pour le surplus, l'experte en médecin interne générale a estimé que les diagnostics de syndrome de Lynch, d'hernie hiatale axiale de petite taille compliquée d'une œsophagite, de reflux ulcérofibreuse de degré modéré, de gastrite à H. pylori éradiquée en 2018, d'hypovitamine B12 sur laboratoire de septembre 2020, de migraines sans aura, de probable vertige positionnel paroxystique bénin, de cervicalgies, d'ostéopénie du squelette en 2020, de stérilisation tubaire en 2000, d'interruption volontaire de grossesse en 2000 et de SIL de bas grade transitoire en 2006 et 2010 n'avaient aucun effet sur la capacité de travail. S'agissant en particulier du syndrome

de Lynch, elle a relevé qu'il prédisposait l'assurée au cancer du gros intestin (côlon et rectum) et de l'utérus, plus rarement au cancer de l'ovaire, de l'estomac, de l'intestin grêle et des voies urinaires ; le fait que l'intéressée soit porteuse de cette mutation la mettait à très haut risque de développer un cancer du gros intestin et de l'utérus et des mesures particulières de prévention étaient recommandées. Si le syndrome de Lynch n'occasionnait pas de limitation fonctionnelle en soit, et par conséquent n'était pas incapacitant, elle a admis qu'il représentait une « épée de Damoclès » et que la peur de l'expertisée à chaque contrôle médical était légitime. Dans le cadre de l'évaluation médicale, la Dre Q.\_\_\_\_\_ a noté que la recourante souffrait d'un syndrome de Lynch diagnostiqué en 2014 à la suite du diagnostic de son cancer de l'endomètre, pour lequel elle avait été opérée d'une hystérectomie et d'une annexectomie radicales en 2012 suivies de séances de radiothérapie en 2013 ; elle était donc ménopausée précocement et présentait une ostéopénie du squelette dans ce contexte. Le médecin a également relevé que l'expertisée souffrait d'une anxiété et de troubles du sommeil induisant une fatigue chronique depuis son cancer de l'endomètre. Un cancer colorectal a été diagnostiqué en 2018 et opéré par hémicolectomie droite. Elle souffrait depuis de diarrhées à prédominance matinale. L'expertisée était également connue pour des migraines depuis l'enfance, dont la fréquence était accentuée dans les périodes de stress, notamment celles qu'ont été les périodes de diagnostics des cancers ; au moment de l'expertise, elle souffrait de deux crises significatives par mois qu'elle gérait avec du Paracétamol et du repos ; elle n'avait jamais vu de spécialiste et ne prenait pas de traitement de fond. Sur la base de l'ensemble de ces constats, la Dre Q.\_\_\_\_\_ a estimé que l'incapacité de travail au plan somatique était de 20 % depuis février 2019 dans toute activité professionnelle (soit 10 % depuis février 2014 et 10 % supplémentaires depuis février 2019), les limitations fonctionnelles étant les suivantes : pas de port de charges supérieures à cinq kilos, pas de position debout supérieure à deux heures sans pouvoir alterner les positions, accessibilité facilitée aux toilettes et possibilité de s'y rendre à tout moment, éviter le contact avec des clients au vu de la gêne occasionnée par les troubles du transit et les gaz. Cette appréciation motivée et détaillée est pleinement probante et n'est, du reste, pas sérieusement contredite par les éléments au dossier. Les rapports établis les 1<sup>er</sup> août et 28 septembre 2020 par le Dr M.\_\_\_\_\_ attestent en effet une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis 2013 et une capacité de travail de 20 % depuis 2020 dans une activité adaptée, sans que cet avis ne soit suffisamment étayé pour mettre en doute le raisonnement convaincant de la Dre Q.\_\_\_\_\_. Ainsi, les conclusions de cette dernière doivent être suivies. c) Sur le plan psychiatrique, l'experte S.\_\_\_\_\_ a consigné les indications fournies spontanément par l'assurée, puis a posé l'anamnèse psychiatrique systématique, décrit son anamnèse familiale, personnelle et professionnelle et les éléments marquants de son existence, ainsi que le déroulement d'une journée-type, avant de faire état de ses constatations objectives. Elle a posé les diagnostics incapacitants de troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive (F43.22) dès 2014, d'anxiété généralisée (F41.1) depuis 2018, ainsi que d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) depuis 2018. Elle a exposé à cet égard que l'expertisée avait présenté une réaction anxieuse et dépressive prolongée entrant dans le cadre d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive à la suite de l'annonce de son premier cancer, du diagnostic de syndrome de Lynch et de son licenciement survenu en 2014, ce qui avait entravé son fonctionnement et ses performances sociales. La recourante avait subi des difficultés d'adaptation au travail, des relations aux autres perturbées et une dysrégulation émotionnelle à l'origine de son arrêt de travail. Elle avait selon ses dires bénéficié d'un

suivi psychologique entre 2014 et 2016. Ce trouble avait légèrement régressé dans les années qui ont suivi, mais l'anxiété avait été réactivée massivement lors de l'annonce du deuxième cancer, en 2018. Les difficultés conjugales étaient venues aggraver la symptomatologie anxieuse et dépressive en 2019, par crainte d'une séparation. La Dre S. \_\_\_\_\_ a noté que la persistance d'une symptomatologie anxieuse se présentant par des soucis permanents et l'attente à des malheurs divers, une tension motrice (céphalées de tension) et des troubles neurovégétatifs (tachycardie, troubles du transit intestinal, épigastralgies, troubles du sommeil) permettaient de poser le diagnostic d'anxiété généralisée depuis au moins 2018. De même, la présence d'une tristesse, d'une asthénie, d'une anhédonie et de la perte de l'élan vital, l'estime de soi abaissée, les troubles de la concentration et de la mémoire, les sentiments de culpabilité et une baisse de la libido étaient compatibles avec un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, évoluant également au moins depuis 2018. L'experte psychiatre a également posé les diagnostics non incapacitants d'accentuation de traits de personnalité anxieuse/évitante et dépendante (Z73.1), d'antécédents personnels de tumeur maligne (Z85.-) et de difficultés dans les rapports avec le conjoint (Z63.0). Quant aux limitations fonctionnelles, elle a noté qu'elles consistaient en une fatigabilité, une réduction de la résistance au stress, un manque d'élan vital, des anticipations anxieuses d'avoir des diarrhées et des gaz à l'origine de conduites d'évitements, une baisse de l'estime de soi et un renforcement de sa crainte du jugement social ; l'expertisée présentait également une plus grande difficulté d'adaptation aux changements et n'avait plus de ressources. En réponse aux questions de l'OAI, l'experte a fait état de ce qui suit : « Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici · Combien d'heures de présence l'expertisée peut-elle assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ? 3 heures dans toute activité de femme de ménage. · Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ? Oui, certainement en raison de la fatigabilité actuelle. · À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'expertisée dans cette activité, par rapport à un emploi à 100% ? A 40% dans toute activité de femme de ménage. · Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil de temps (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ? La capacité de travail après la reprise en février 2014 dans son activité habituelle est évaluée à 40% et a vraisemblablement peu évolué depuis lors. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'expertisée · Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'expertisée ? La capacité d'adaptation de Madame étant réduite, une activité ne l'exposant pas trop à de nombreux changements de lieux ou d'organisation. La réduction des contacts sociaux également, la proximité de toilettes, la réduction du rendement. Le poste actuel de Madame peut être considéré comme adapté. · Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ? 4 heures. · La performance de l'expertisée serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ? Pour les mêmes raisons, à savoir la fatigabilité. · A quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'expertisée dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100% ? 50 %. » La Dre S. \_\_\_\_\_ a encore noté que l'atteinte à la santé psychiatrique était devenue incapacitante depuis février 2014 ; il était possible que celle-ci ait légèrement augmenté jusqu'en 2018, mais cela ne pouvait être évalué avec certitude. La capacité de travail de l'expertisée dans son activité habituelle était de 40 % depuis février 2014 et le poste de celle-ci était déjà adapté par le fait qu'elle avait peu de contacts sociaux,

qu'elle travaillait seule, le soir, à son rythme chez un employeur a priori compréhensif ; elle bénéficiait en outre de toilettes à proximité et pouvait s'y rendre à sa guise ; la proximité de son domicile d'avec son lieu de travail et la présence de son mari dans la même entreprise étaient également des éléments sécurisants. Dans ce contexte, l'experte était d'avis que seule la fatigabilité restait une limitation importante. Elle relevait également le peu de ressources mobilisables. Le volet psychiatrique de l'expertise du R. \_\_\_\_\_ est, compte tenu de ce qui précède, probant. Les explications données par l'experte sont claires et dénuées de contradiction. L'experte psychiatre a, comme l'experte en médecine interne générale, pris en compte l'entier des atteintes pour évaluer la capacité de travail exigible et elle a au demeurant établi son rapport en tenant compte de la grille d'indicateurs applicable à toutes les maladies psychiques. La Dre S. \_\_\_\_\_ a en outre dûment expliqué en quoi son avis différait de celui du Dr D. \_\_\_\_\_, qui avait posé le diagnostic d'état anxio-dépressif récurrent (F41.2) et estimé la capacité de travail à venir de 0 %. Elle a en effet exposé que le diagnostic posé par le psychiatre traitant était utilisé si les troubles anxieux et dépressifs n'étaient pas suffisamment marqués pour justifier d'un diagnostic séparé et que l'on ne trouvait notamment pas de symptômes neurovégétatifs, ce qui était pourtant le cas en l'espèce, comme en témoignaient les multiples plaintes somatiques de l'assurée. De même, elle a relevé que le psychiatre traitant n'expliquait pas l'évolution de l'incapacité de travail durant la période de son suivi (expertise du R. \_\_\_\_\_, p. 51). L'appréciation de la Dre S. \_\_\_\_\_ doit donc être entièrement suivie, sous réserve du début de l'incapacité de travail durable et ininterrompue, qu'elle a fixé à février 2014, comme cela sera examiné plus tard (cf. consid. 10 infra). d) Le rapport subséquent du Dr M. \_\_\_\_\_ établi le 22 juillet 2023 ne permet pas d'émettre le moindre doute sur l'expertise menée par le R. \_\_\_\_\_. Le médecin traitant ne fait en effet pas état d'éléments médicaux qui auraient été ignorés par les expertes, sous réserve d'une arthropathie des mains, qui n'est toutefois nullement objectivée. Il admet au demeurant que la capacité de travail dans une activité adaptée est de 50 % au maximum, rejoignant ainsi les constats des expertes du R. \_\_\_\_\_. e) Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, l'OAI était fondé à reconnaître, sur la base de l'expertise probante du R. \_\_\_\_\_, que la recourante présentait une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

## **E. 8**

Dans la mesure où la recourante, avant l'atteinte à la santé, œuvrait au taux de 80 %, l'OAI a fait réaliser une enquête ménagère, qui a mis en évidence un statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 % et nié tout empêchement dans le cadre des travaux ménagers. La recourante n'élève aucun grief à l'encontre du statut tel qu'arrêté ci-dessus, lequel prévalait déjà en 2014 (cf. questionnaire pour la détermination du statut rempli le 17 février 2014), respectivement à l'encontre de l'enquête ménagère. Celle-ci, réalisée à domicile, par une enquêtrice spécialisée ayant pris connaissance de l'avis du SMR du 19 juillet 2021 résumant la problématique médicale, ainsi que des déclarations de l'assurée, peut se voir reconnaître pleine valeur probante. L'enquêtrice a notamment tenu compte de l'aide raisonnablement exigible de l'époux de la recourante, pour parvenir à la conclusion que cette dernière ne présentait pas d'incapacité ménagère. C'est donc à juste titre que l'OAI s'est également fondé sur celle-ci pour définir les empêchements dans les travaux habituels.

## **E. 9**

L'intimé a ensuite comparé, pour la part active, les revenus sans et avec invalidité, lesquels ne sont pas contestés et peuvent être confirmés, et a ainsi mis en évidence un empêchement de 59,45 % sur la part active. Compte tenu d'une part ménagère de 20 % sur laquelle aucun empêchement n'était retenu (cf. consid. 8 supra), il en résultait un taux d'invalidité global de 47,56 %, arrondi à 48 % (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), lequel donnait droit à un quart de rente d'invalidité. Ce calcul doit être intégralement confirmé.

#### **E. 10**

Il reste à déterminer à partir de quelle date s'ouvre le droit au quart de rente d'invalidité de la recourante. En l'espèce, l'intimé a considéré qu'il convenait de suivre les conclusions de l'expertise du R. \_\_\_\_\_ du 22 juin 2021, qui concluait à une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès février 2014, sous réserve du début de l'incapacité de travail de longue durée. Il a en effet fixé cette date au 3 avril 2015 au vu des certificats établis à l'époque par le médecin traitant de l'intéressée, attestant que celle-ci avait été capable de reprendre son activité habituelle à son taux usuel de 80 % du 17 février 2014 au 2 avril 2015. Le droit théorique à la rente s'ouvrirait ainsi en avril 2016 (cf. avis du juriste du 2 février 2022). Compte tenu de ces éléments, l'OAI a retenu que la décision du 11 juillet 2016 était manifestement erronée et devait être reconsidérée. Le caractère erroné de la décision ayant pu être déterminé à réception du rapport d'expertise, le droit aux prestations devait être reconnu dès le 1<sup>er</sup> juin 2021. A l'instar de l'OAI, on ne saurait suivre l'appréciation de la Dre S. \_\_\_\_\_ lorsqu'elle fixe le début de l'incapacité de travail au mois de février 2014. A cette époque en effet, la recourante a été capable de reprendre son activité professionnelle jusqu'au 2 avril 2015, malgré certaines difficultés. La question se pose néanmoins de savoir si l'incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée peut être admise dès le mois d'avril 2015, comme l'a retenu l'OAI, ou si elle ne doit pas plutôt être fixée en 2018. L'experte psychiatre a en effet indiqué que la capacité de travail de l'expertisée avait certainement légèrement augmenté entre 2014 et 2018, et elle a uniquement posé le diagnostic incapacitant de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive depuis 2014, les diagnostics incapacitants d'anxiété généralisée et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique étant apparus en 2018, à la suite de la découverte du cancer du côlon, ayant « réactivé massivement l'anxiété ». On constate ainsi une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée en 2018, ce qui contredit l'évaluation de l'experte qui fixe une incapacité de travail de 50 % linéaire depuis février 2014. Du reste, le seul élément au dossier antérieur à l'expertise du R. \_\_\_\_\_ faisant état d'un suivi psychologique et d'une incapacité de travail sur le plan psychiatrique est le rapport du 21 janvier 2021 du Dr D. \_\_\_\_\_, attestant suivre l'assurée depuis le 18 novembre 2019. La Dre S. \_\_\_\_\_ a certes relevé que l'assurée avait déclaré avoir été suivie psychologiquement entre 2014 et 2016. Cet élément n'apparaît toutefois ni dans sa demande de prestations du 9 septembre 2015, ni dans le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ à l'OAI, qui n'a expressément pas rempli la case du formulaire relative à un éventuel précédent suivi psychiatrique de l'assurée. Dans ces conditions, la question se pose de savoir si l'incapacité de travail durable de 50 % de l'assurée n'est pas plutôt survenue en 2018, auquel cas une reconsidération de la décision du 11 juillet 2016 ne se justifierait pas. Cette question peut, quoi qu'il en soit, demeurer ouverte, dès lors qu'en cas de reconsidération de la décision susmentionnée, l'ouverture du droit à la rente ne pourrait avoir lieu qu'au 1<sup>er</sup> juin 2021, date à laquelle le vice a été découvert (cf. art. 88bis al. 1 let. c RAI), et qu'au vu des circonstances particulières du cas d'espèce, le droit à un quart de rente doit en réalité s'ouvrir antérieurement à cette date. L'OAI a en effet omis de tenir compte dans son

appréciation de la troisième demande de prestations déposée par la recourante le 13 juillet 2020. Or, à cette date, cette dernière était en incapacité de travail durable de plus de 40 % depuis plus d'une année au vu des conclusions de l'expertise du R. \_\_\_\_\_ (cf. art. 28 al. 1 et 2 LAI ; consid. 4 supra ). Compte tenu du degré d'invalidité fixé à 48 %, le droit à un quart de rente doit s'ouvrir six mois après le dépôt de la demande de prestations, au sens de l'art. 29 al. 1 LAI, soit le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

#### **E. 11**

a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision contestée réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre pour moitié à la charge de la recourante et pour moitié à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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