

VD_GERICHTE ZD15.018905 vom 21. Juli 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-07-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.018905

FR: VD_GERICHTE ZD15.018905 du 21 juillet 2016

IT: VD_GERICHTE ZD15.018905 del 21 luglio 2016

Erwägungen

E. 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 par l'art.

E. 6

En l'espèce, R._____ fait valoir que l'appréciation ayant mené à la décision de refus de la demande du 5 janvier 2006, refus confirmé par la décision sur opposition du 29 janvier 2008 de l'OAI et par l'arrêt du 16 septembre 2009 de la Cour de céans, n'a pas permis de constater la gravité des troubles qu'elle présentait probablement déjà, selon elle, lors de l'examen clinique du SMR en 2004. La recourante considère que les nouvelles pièces recueillies à l'occasion de la procédure de révision, en particulier l'expertise réalisée par la G._____, constituent à cet égard une preuve nouvelle ouvrant le droit à la révision procédurale. Cependant, dans la mesure où la décision sur opposition du 29 janvier 2008 a été contestée par le biais d'un recours puis confirmée par un arrêt du Tribunal cantonal, elle ne peut plus faire l'objet d'une révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Cas échéant, il appartenait à la recourante de déposer une demande de révision du jugement du 16 septembre 2009 auprès de la Cour de céans dans un délai de nonante jours qui suivent la découverte du motif de révision, ce qui n'a toutefois pas été fait (cf. art. 67 al. 1 PA et 101 al. 1 LPA-VD). Au demeurant, s'il est exact que dans leur rapport du 17 décembre 2013, les experts de la G._____ remettent en cause l'appréciation médicale réalisée par les Drs L._____ et B._____ en 2004, il n'en reste pas moins qu'ils n'invoquent aucun nouveau fait à l'appui de leur analyse. Ils se contentent en effet de démontrer en quoi le raisonnement des médecins de 2004 est critiquable et quelles en sont les contradictions, mais en se fondant sur des faits déjà connus à l'époque. En d'autres termes, s'agissant de la situation qui prévalait en 2004, les experts de la G._____ substituent leur propre appréciation à celle des médecins du SMR, sans établir d'éléments de faits nouveaux, ce qui n'est de toute manière pas suffisant pour ouvrir le droit à une révision procédurale. Le même constat s'applique s'agissant des autres rapports

- 35 - médicaux recueillis dans le cadre de la procédure de révision débutée le 5 avril 2012, lesquels ne remplissent pas non plus les conditions d'une révision procédurale (cf. supra consid. 3b).

E. 7

Il convient à présent d'examiner si les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA sont réalisées. Pour ce faire, il s'agit d'apprécier l'état de santé de la recourante, avec

comme point de comparaison la décision sur opposition de l'OAI du 29 janvier 2008, confirmée par la Cour de céans dans son arrêt du 16 septembre 2009. Elle constitue en effet la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents ainsi qu'une appréciation des preuves et des circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. supra consid. 3d). a) En l'espèce, lors de la décision sur opposition du 29 janvier 2008, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient une gonarthrose primaire bilatérale débutante prédominante des compartiments internes et des compartiments fémoro-patellaires, et des cervico-dorsolombalgies sur troubles dégénératifs débutants. La capacité de travail dans l'activité de serveuse était nulle, mais elle était de 100 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles de la recourante. Ces limitations étaient la nécessité que le travail soit sédentaire ou semi-sédentaire, alternant la position assise avec la position debout, sans port d'objet de poids supérieur à 10 kg et sans se pencher en avant (cf. rapport du 22 décembre 2004 des Drs L._____ et B._____). Les médecins du SMR faisaient également état d'une obésité, d'une hypothyroïdie substituée, d'un état dépressif moyen avec syndrome somatique et de troubles somatoformes douloureux persistants, ces affections n'ayant toutefois pas d'effet sur la capacité de travail de la recourante. b) Lors de la décision attaquée, le Dr D._____ atteste de troubles statiques importants avec mobilité limitée, de gonarthrose primaire bilatérale prédominante des compartiments internes et des compartiments fémoro-patellaires, de cervico-dorsolombalgies sur

- 36 - troubles dégénératifs, d'uncarthrose de C7, de bascule du bassin à gauche de 12-15 cm, de pincements postérieurs L5-S1, d'arthrose postérieure L5- S1, de nodule intra-spongieux du plateau inférieur de L1, de sacro-iliaques et coxofémorales déformées, de spondylose antérieure D5-D6 et D9-D10, de troubles neurovégétatifs divers, de diabète méllitus de type II, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (persécution, hallucinations auditives), de personnalité paranoïaque et de modification durable de la personnalité (cf. rapport de ce médecin du 29 décembre 2011). Le Dr D._____ constate également des problèmes physiques résultant de la forte augmentation des douleurs et produit deux rapports d'IRM du Dr AL._____. Il ressort en particulier de ces examens d'imagerie médicale que la recourante souffre notamment d'une hernie discale en L2-L3, d'une protrusion discale en L5- S1, d'arthrose en L2-L3 et de L4-L5 à L5-S1, ainsi que d'une probable coxarthrose débutante, d'une bursite péritrochantérienne, de tendinoopathie et d'insertionite des ischio-jambiers (cf. rapport du 17 août 2012 du Dr D._____ et rapports d'IRM des 15 et 16 août 2012 du Dr AL._____). Le Dr P._____ pose quant à lui les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'agoraphobie avec attaques de panique, de suspicion de début de démence et de trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique (cf. rapports de ce médecin du 19 février 2012 et du 4 septembre 2012). Les Drs X._____, V._____ et Z._____ évoquent aussi des vertiges d'origine médicamenteuse, un trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques et une probable mauvaise compliance médicamenteuse. Ils relatent également des céphalées chroniques avec phonophobie, une agoraphobie avec trouble de panique, des modifications de la personnalité en lien avec le syndrome douloureux chronique, une arthrose dorsolombaire, un hypothyroïdisme substitué, un diabète de type II non insulino-requérant et de l'hypertension (cf. leur rapport du 31 octobre 2013).

- 37 - Quant aux experts de la G. _____, ils posent les diagnostics avec influence sur la capacité de travail d'état dépressif avec symptômes psychotiques et de syndrome somatoforme douloureux persistant. Les diagnostics sans influence sur la capacité de travail sont selon eux des troubles dégénératifs du rachis compatibles avec une évolution naturelle et l'âge de l'expertisée ainsi qu'une gonarthrose primaire bilatérale. Ils considèrent que la capacité de travail de la recourante est nulle dans toute activité (cf. rapport d'expertise du 17 décembre 2013). Enfin, les Drs H. _____ et C. _____ posent les diagnostics de syndrome psychoaffectif avec éléments psychotiques possibles (cf. rapport de ces médecins du 20 février 2014). c) Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis la décision sur opposition du 29 janvier 2008. En particulier, l'état dépressif est à présent qualifié de sévère et s'accompagne de symptômes psychotiques, et l'état de régression est complet. Selon l'intimé, cette aggravation n'a cependant pas d'incidence sur la capacité de travail de la recourante, celle-ci étant toujours entière dans une activité adaptée sédentaire ou semi-sédentaire respectant ses limitations fonctionnelles. Pour étayer sa position, qui s'écarte diamétralement des conclusions des experts de la G. _____, l'OAI se fonde sur l'opinion du Dr Q. _____, selon laquelle « la comparaison des status et les appréciations du cas n'objectivent pas l'aggravation des symptômes dépressifs ni la présence de symptômes psychotiques ». D'après ce médecin, l'état thymique de l'assurée ne se serait pas aggravé objectivement. Il est en particulier d'avis que l'appréciation du psychiatre de la G. _____, le Dr AH. _____, constitue une interprétation différente de faits comparables. En ce qui concerne l'avis neuropsychologique de la G. _____, le Dr Q. _____ estime que les troubles psychiques ne font pas l'objet d'un diagnostic. Or l'avis du Dr Q. _____ ne suffit pas à écarter purement et simplement les conclusions de l'expertise de la G. _____, expertise que

- 38 - l'OAI a d'ailleurs elle-même ordonnée. Outre le fait que le rapport du 28 juillet 2014 du Dr Q. _____ est peu étayé, ce dernier déforme passablement les conclusions des experts de la G. _____. Contrairement à ce que soutient le Dr Q. _____, le diagnostic d'état dépressif sévère avec symptômes psychotiques est bien motivé, malgré la probable personnalité de type hystérisiforme de la recourante ayant pour conséquence que cette dernière a de la peine à exprimer ses plaintes (cf. rapport d'expertise de la G. _____ p. 8). La sévérité de l'épisode dépressif ressort cependant clairement des constatations des experts de la G. _____ : la recourante présente notamment une fatigue importante, des difficultés à rester attentive et concentrée (elle s'endort d'ailleurs à plusieurs reprises pendant l'expertise), une baisse de moral, de la tristesse, des idées suicidaires ainsi que des troubles du sommeil. Les symptômes psychotiques, tels que les hallucinations visuelles et auditives, de même que le ralentissement psychomoteur extrême de la recourante, sont aussi bien documentés. En outre, il est erroné de prétendre que le Dr AH. _____ se borne à critiquer les hypothèses de ses confrères médecins. S'il est vrai que s'agissant de la situation qui prévalait en 2004, cet expert substitue son appréciation à celle des médecins du SMR de l'époque, tel n'est pas le cas pour ce qui est de la situation de la recourante au moment de l'expertise. Au contraire, le Dr AH. _____ fournit une analyse psychiatrique détaillée, se fonde sur des examens complets, reprenant en particulier l'anamnèse et les plaintes de l'expertisée. Le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont clairs et les conclusions de cet expert sont bien motivées. En particulier, ce médecin explique pour quelles raisons il retient un épisode dépressif sévère ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux. Enfin, contrairement à l'opinion du Dr Q. _____, les troubles psychiques

mentionnés lors du consilium neuropsychologique du 6 novembre 2013 font bel et bien l'objet d'un diagnostic puisque les experts de la G. _____ ont expressément diagnostiqué un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques et un syndrome somatoforme douloureux persistant. Ainsi, c'est à tort que l'OAI s'est fondé sur l'appréciation du Dr Q. _____ pour écarter les conclusions des experts de la G. _____.

- 39 - Comme expliqué ci-dessus, l'évaluation de ces médecins est particulièrement circonstanciée et leurs conclusions sont claires et convaincantes, de sorte qu'elle remplit entièrement les réquisits jurisprudentiels en la matière (cf. supra consid. 4b et c). Une pleine valeur probante doit par conséquent lui être reconnue.

E. 8

En l'espèce, les experts retiennent les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'état dépressif sévère avec symptômes psychotiques et de syndrome somatoforme douloureux persistant, et considèrent que la capacité de travail de la recourante est nulle dans toute activité. Il s'agit dès lors de déterminer si, s'agissant du trouble somatoforme douloureux, les conclusions du rapport d'expertise de la G. _____ permettent à la Cour de céans de se prononcer sur la capacité résiduelle de travail de la recourante. a) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). b) Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existait, selon la jurisprudence applicable au moment de l'expertise de la G. _____, une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne disposait pas des ressources

- 40 - nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles étaient réunies devait être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retenait, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Pouvait constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il était également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on devait conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une

activité résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; cf. notamment TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2 et réf. cit.). c) Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt

- 41 - cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

- 42 - Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal

fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en

- 43 - considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité). Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (TAF C- 1916/2015 du 31 mai 2016 et réf. cit.).

E. 9

et également rapport du 31 octobre 2013 des Drs X._____, V._____ et Z._____). De surcroît, lors de l'examen clinique, les experts ont constaté que la recourante ne se sentait pas bien, qu'elle se disait fatiguée et qu'elle avait des idées suicidaires. Les experts font également état des limitations dans les fonctions de la vie quotidienne de la recourante, nécessitant une aide et une sollicitude accrue de la part de l'entourage et des médecins. Ils indiquent notamment que c'est le petit-fils de la recourante et l'épouse de celui-ci qui l'aident dans la vie quotidienne, à savoir pour les repas, les courses, la toilettes et les déplacements (cf. rapport d'expertise p. 4 et p. 14). Ces limitations correspondent d'ailleurs à celles qui sont évoquées par la recourante dans le cadre de sa demande d'allocation pour impotent du 16 janvier 2014. Le AB._____ intervient quant à lui pour gérer la médication de la recourante. On relèvera enfin que dans son rapport du 4 septembre 2012, le Dr P._____ constate qu'il devient toujours plus difficile de s'occuper de la recourante à domicile, estimant qu'une hospitalisation serait à terme inéluctable. Par ailleurs, on constate qu'il n'existe pas, en l'espèce, de motif d'exclusion au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral. En particulier, les médecins n'évoquent pas d'exagération des symptômes et il n'y a pas d'indices que tel serait le cas (comme par exemple des discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse,

le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho- social intact ; cf. consid. 8b supra).

- 45 - Ainsi, en l'espèce, on peut partir du principe que le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant a été posé lege artis. b) Il convient ensuite d'examiner la capacité de travail exigible de la recourante au moyen du catalogue d'indicateurs développé par le Tribunal fédéral dans l'ATF 141 V 281, étant rappelé que pour les experts de la G. _____, la capacité de travail de l'intéressée est nulle dans toute activité. Sous l'angle du degré de gravité fonctionnel, on constate que les troubles décrits par les experts sont graves et qu'ils s'inscrivent dans le contexte d'un processus maladif chronicisé s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Les traitements médicaux, pourtant réalisés conformément aux règles de l'art et avec la collaboration de la recourante, ont échoué, révélant ainsi un pronostic négatif (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1 et 4.3.1.2). Malgré un suivi médical décrit par les experts comme étant optimal, avec en plus une visite hebdomadaire d'une infirmière à domicile, le pronostic est extrêmement sombre en raison du délabrement psychique constaté, R. _____ ne parvenant plus à mobiliser ses ressources adaptatives (cf. rapport d'expertise, p. 15 notamment). Les experts sont également d'avis que la recourante présente, au premier plan, une comorbidité psychiatrique, soit la présence d'un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Le critère de la comorbidité psychiatrique n'a plus l'importance prépondérante qu'on lui connaissait sous l'ancienne jurisprudence. Il doit toutefois être pris en considération en fonction de son importance concrète dans le cas particulier (arrêt précité consid. 4.3.1.3). En l'espèce, il ressort des constatations des experts que la comorbidité psychiatrique de la recourante est prédominante et qu'elle est corrélée avec des symptômes psychotiques handicapants tels que des hallucinations visuelles et auditives ainsi qu'un sentiment de persécution. Il s'agit donc, dans ce contexte, d'un facteur d'affaiblissement supplémentaire des ressources de la recourante.

- 46 - Les experts constatent en outre que R. _____ présente un état d'apragmatisme et d'extrême dépendance, accompagné d'éléments psychotiques. Malgré la prise en charge médicale intensive et un réseau familial complètement dévoué, elle souffre d'un effondrement psychique massif, un état démentiel débutant n'étant pas totalement exclu. Les experts expliquent que dans ce contexte, les ressources adaptatives de la recourante sont inexistantes (cf. rapport d'expertise, p. 14 et 15 notamment). S'agissant du contexte social, notre Haute Cour est d'avis que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté. Par contre, si l'assuré bénéficie de ressources mobilisables tirées de son contexte de vie ainsi que de soutien dans son réseau social, ces éléments doivent être pris en compte (arrêt précité consid. 4.3.3). En l'espèce, il semble clair que malgré l'implication exemplaire de la famille de la recourante, laquelle est selon les médecins totalement dévouée à l'intéressée, cette dernière est incapable d'en retirer de quelconques ressources (cf. notamment p. 8 de l'expertise). c) Sous l'angle de la cohérence des troubles, on constate que l'atteinte à la santé se manifeste aussi bien dans le cadre des tâches habituelles de la recourante que dans les autres domaines de la vie : au quotidien, R. _____ nécessite une aide et une présence constante. Les actes de la vie quotidienne sont effectués avec l'aide de son petit-fils et de l'épouse de celui-ci. Lorsqu'elle se déplace hors de chez elle, la recourante est confrontée à sa problématique de persécution (elle a peur d'être tuée en pleine rue) et elle doit toujours être accompagnée par un proche. Son activité sociale se limite aux interactions qu'elle a

avec quelques membres de sa famille, soit son petit-fils et l'épouse de celui-ci, et de temps à autre ses enfants (cf. rapport d'expertise p. 4 et 5 notamment). On relèvera que l'époux de la recourante a quitté le domicile conjugal en 2008 et que selon le Dr P. _____, les modifications du comportement de R. _____ ont largement contribué à la séparation d'avec son mari (cf. rapport de ce médecin du 19 février 2012 et rapport d'expertise p. 14). Autrement dit,

- 47 - les limitations de la recourante sont présentes de manière prépondérante tant dans ses activités habituelles que dans les autres domaines de sa vie. Selon la jurisprudence fédérale, il faut aussi évaluer le poids effectif des souffrances de l'assuré à l'aune de l'attitude de ce dernier face aux traitements thérapeutiques (arrêt précité consid. 4.4.2). En l'espèce, on constate que la recourante s'est conformée aux traitements recommandés par les médecins, ceux-ci n'ayant toutefois pas permis de mobiliser ses capacités adaptatives. On peut donc en conclure que la recourante présente de lourdes souffrances malgré une mise à profit des traitements préconisés par le corps médical. d) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans est d'avis que selon les nouveaux critères jurisprudentiels, l'appréciation du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux telle qu'effectuée par les médecins de la G. _____ ne prête pas le flanc à la critique. Ainsi, il convient d'admettre que la recourante présente une incapacité de travail totale dans toute activité, lui ouvrant ainsi le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

E. 10

Il s'agit à présent de déterminer à partir de quelle date le droit à la rente est ouvert. Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'augmentation de la rente prend toutefois effet au plus tôt dès le mois ou la demande de révision est déposée (art. 88bis al. 1 let. a RAI). En l'occurrence, dans le cadre de leur expertise, les médecins de la G. _____ ont considéré que la recourante était en incapacité de

- 48 - travail totale depuis en tout cas 2009. Cela étant dit, la date retenue par les experts paraît peu probable, au vu des décisions de rejet de la demande du 22 juillet 2010 et de refus d'entrer en matière du 7 juillet 2011 qui sont entrées en force. Il semble plutôt que l'état de santé de la recourante a commencé à se péjorer les mois précédant l'expertise de 2013 (cf. notamment les rapports du 4 septembre 2012 du Dr D. _____ et du 2 octobre 2012 du Dr D. _____), et que cette aggravation a été formellement constatée par les médecins de la G. _____ lors de leur expertise. En effet, les experts de la G. _____ ont retenu que l'assurée présentait actuellement un état de régression avancé, qui s'est aggravé depuis environ 2009, et un état dépressif chronique sévère, accompagné de probables éléments psychotiques. L'assurée a par ailleurs été hospitalisée dans le service de neurologie du K. _____ peu avant l'expertise. A cette occasion, le psychiatre consultant, le Dr I. _____, avait soutenu un projet d'hospitalisation à AE. _____ afin d'affiner le diagnostic différentiel entre une évolution dépressive grave versus un processus démentiel. Il convient ainsi de tenir compte d'une aggravation de l'état de santé à partir du 17 décembre 2013, date du rapport d'expertise. Par conséquent, la recourante a droit à une rente entière depuis le 1er mars 2014, soit trois mois après le début de l'entière incapacité

de travail admise dès le mois de décembre 2013 (cf. art. 88a al. 2 RAI).

E. 11

a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision du 10 avril 2015 réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2014. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter ceux-ci à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

- 49 - c) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter en l'occurrence à 2'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD ; cf. également art. 10 et art. 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). A noter que, l'octroi de l'assistance judiciaire ayant été limité à l'exonération des avances de frais et des frais judiciaires sans désignation d'un avocat d'office, aucune indemnité n'est due à ce titre.

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