

VD_GERICHTE ZD17.010728 vom 12. November 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.010728

FR: VD_GERICHTE ZD17.010728 du 12 novembre 2019

IT: VD_GERICHTE ZD17.010728 del 12 novembre 2019

Erwägungen

E. 4

a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité (art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA). On

- 23 - ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165). b) Selon la jurisprudence, il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 418), et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409), la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs (ATF 141 V 281). aa) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, suppose en premier lieu un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6), en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.1.2). L'analyse doit également prendre en considération d'éventuels facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). bb) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'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

- 24 - pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit 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 – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

E. 5

Dans sa décision du 8 février 2017, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du Centre C._____ du 15 mars 2016 pour retenir que la recurante, si elle ne pouvait plus exercer son activité habituelle, disposait en revanche d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La recurante, quant à elle, a contesté cette appréciation. Elle a en particulier réfuté les conclusions des experts du Centre C._____ et s'est prévalu de l'évaluation de ses médecins traitants. a) Sur le plan somatique, les experts du Centre C._____ ont retenu les diagnostics incapacitants de cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et de gonalgies bilatérales sur troubles dégénératifs. Ils ont plus précisément indiqué que l'examen de médecine interne s'était avéré rigoureusement normal et que ni le diabète (bien compensé), ni l'hypothyroïdie ou l'hypercholestérolémie n'avaient d'impact sur la capacité de travail. De même, l'examen neurologique a été considéré comme étant dans les limites de la norme. Au niveau

- 25 - rhumatologique, les experts ont noté des douleurs chroniques séquellaires aux interventions des épaules subies en 2011 (épaule gauche) et 2013 (épaule droite), des cervico-dorso-lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs, des gonalgies bilatérales à prédominance droite sur troubles dégénératifs fémoro-patellaires, ainsi que des talalgies droites peu gênantes probablement sur éperon calcanéen. Ils ont également évoqué une fibromyalgie et des signes de non-organicité (cf. consid. 5c infra). Pour les experts, au vu des interventions subies aux deux épaules et des troubles dégénératifs de la colonne cervicale et lombaire, l'activité de nettoyeuse n'était pas exigible. Les spécialistes du Centre C._____ ont en revanche estimé que dans une activité adaptée – sans travail les bras levés en hauteur, en position agenouillée ou avec des engins émettant des vibrations, sans soulèvement ou port de charges itératif de plus de 5 kg, sans mouvements itératifs contraignants pour le rachis cervical et/ou dorso-lombaire en flexion/extension/inclinaison de la nuque et/ou du tronc, et avec possibilité de changer de position – l'exigibilité avait toujours été totale, les interventions aux épaules n'ayant entraîné que des incapacités de travail transitoires (rapport d'expertise du 15 mars 2016 p. 22, 26 et 28). Cela étant, il y a lieu de préciser tout d'abord que si les experts n'ont certes pas expressément intégré à la liste de leurs diagnostics incapacitants les séquelles des interventions aux épaules de 2011 et 2013 (rapport d'expertise du 15 mars 2016 p. 26), ils en ont quoi qu'il en soit tenu compte dans leur évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée, respectivement dans la description des limitations fonctionnelles (cf. ibid. p. 22 et 28). Sur ce point, il n'y a donc pas à revenir sur le rapport d'expertise. Pour le reste, rien au dossier ne vient remettre en question les conclusions des experts du Centre C._____. S'agissant du Dr L._____, il a attesté une entière incapacité de travail dès le 17 mars 2011. Dans ses rapports des 29 juin et 12 décembre 2011, ce médecin n'a toutefois fourni que de brèves indications

- 26 - sur l'état de sa patiente, sans réellement motiver sa position quant à la capacité résiduelle de travail, et n'a évoqué aucun paramètre important dont les experts du Centre C._____ auraient omis de tenir compte. L'avis du Dr L._____ ne vient donc aucunement émailler les conclusions du rapport d'expertise du 15 mars 2016. Il apparaît en outre que, dans son rapport d'expertise du 20 juillet 2012, l'expert N._____ a posé des diagnostics essentiellement superposables à ceux retenus par ses confrères du Centre C._____. Sur le plan de la capacité de travail, l'expert N._____ a, comme les experts

du Centre C. _____, conclu à l'inexigibilité de l'activité habituelle. S'il est vrai que, dans une activité adaptée, le premier expert a fixé l'exigibilité à 50 %, il a néanmoins précisé qu'un taux de 100 % serait envisageable moyennant une intervention chirurgicale à l'épaule droite, une perte pondérale et une prise en charge physiothérapeutique pour la colonne lombaire (rapport d'expertise du 20 juillet 2012 p. 13). Or, il faut rappeler que la recourante a bel et bien bénéficié d'un traitement chirurgical pour son épaule droite, en septembre 2013. Force est par ailleurs de constater que, selon le rapport d'expertise du Centre C. _____ (p. 12), elle est régulièrement suivie par un physiothérapeute. S'agissant finalement de la surcharge pondérale, on constate que l'indice de masse corporelle (IMC ou BMI [body mass index]) de l'assurée est passé de 34,2 kg/m² à l'époque de l'examen par l'expert N. _____ (80 kg pour 153 cm, cf. rapport d'expertise du 20 juillet 2012 p. 10 et 13) à 37 kg/m² lors de l'examen réalisé au Centre C. _____ (85 kg pour 151.5 cm, cf. rapport d'expertise du 15 mars 2016 p. 16), de sorte que l'évolution est allée à l'inverse de celle préconisée par l'expert N. _____. Pour autant, il y a lieu de souligner que la jurisprudence fédérale considère qu'en soi, l'obésité n'est pas constitutive d'invalidité mais que celle-ci doit toutefois être admise si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et que la capacité de gain est ainsi sensiblement réduite sans pouvoir être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C_48/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.3 et 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.1; TFA I 583/82 du 17 octobre 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 359). Au cas

- 27 - particulier, il appert qu'un tel lien n'a pas été fait par l'expert N. _____. Celui-ci s'est en effet contenté d'admettre que le surpoids jouait un rôle défavorable sur les douleurs lombaires de l'assurée, au même titre qu'un certain déconditionnement pour lequel il a préconisé de la physiothérapie (rapport d'expertise du 20 juillet 2012 p. 12 : « en ce qui concerne les lombalgies, une perte pondérale associée à de la physiothérapie active seraient utiles » et p. 14 : « Je propose également de tout faire pour lui faire perdre du poids, ce qui aura très probablement un impact positif sur ses lombalgies. Une physiothérapie active [...] pourrait également être bénéfique pour les lombalgies. »). En revanche, ce spécialiste n'a à aucun moment imputé des origines ou des conséquences clairement invalidantes au seul surpoids. Cela étant, il faut admettre que les experts du Centre C. _____ étaient fondés à passer outre les réticences du Dr N. _____ pour retenir au final une pleine exigibilité dans une activité adaptée. Sur ce plan, les critiques de la recourante sont donc infondées (mémoire de recours du 13 mars 2017 p. 8). Pour ce qui est finalement des médecins de l'Hôpital S. _____, où l'assurée a été opérée de l'épaule droite le 27 septembre 2013, ils ont tout d'abord évalué la capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle, respectivement à 80 % dans une activité adaptée, selon la prochaine consultation à trois mois (rapport indexé le 14 mars 2014). Ils ont ensuite attesté une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, la première six à huit mois après l'intervention et la seconde six mois après l'intervention (rapport du 17 septembre 2014). Aucune motivation ne vient toutefois asseoir ces indications, notamment en ce qui concerne l'entière exigibilité de l'activité habituelle – du reste niée par les experts du Centre C. _____ comme par l'expert N. _____. Concernant l'exigibilité d'une activité adaptée, l'évaluation des médecins de l'Hôpital S. _____ rejoint en définitive celle des experts du Centre C. _____, en tant qu'elle traduit une incapacité transitoire suivie d'une récupération partielle (80 %) puis totale de la capacité de travail dans une activité adaptée, au plus tard six mois après l'opération. Au final, on ne voit là aucun indice justifiant de

douter du rapport d'expertise du Centre C. _____ du 15 mars 2016.

- 28 - Au regard de ce qui précède, force est de se rallier aux conclusions des experts du Centre C. _____ reconnaissant à l'assurée une entière capacité de travail dans une activité adaptée au niveau somatique. b) Il est par ailleurs constant que des troubles psychiques et psychosomatiques ont été rapportés dans la présente affaire. aa) Les avis médicaux recueillis sur la question en procédure administrative sont toutefois contradictoires. Il apparaît en effet qu'après une première expertise en 2012 ayant conclu à une capacité de travail partielle en octobre 2011 et totale en février 2012 eu égard à un trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère) en forte rémission (cf. rapport d'expertise du Dr T. _____ du 27 février 2012), les experts du Centre C. _____ ont estimé en 2016 que la recourante souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec manifestation somatique, ainsi que d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, mais qu'il n'en résultait aucune diminution de la capacité de travail d'ordre psychique ou psychosomatique (rapport d'expertise du 15 mars 2016 p. 23 à 27). Les psychiatres consultés par la recourante ont en revanche dressé un autre tableau. Ainsi, le Dr P. _____, psychiatre traitant, a diagnostiqué dans un premier temps un épisode dépressif sévère, avec un épisode antérieur en 2008 sur séparation de couple (rapport du 9 septembre 2011). Dans un deuxième temps, il a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (« F33.2 » selon la Classification internationale des maladies [CIM-10]), une reprise de travail à 50 % ayant tout d'abord été jugée possible en fonction de l'évolution (cf. rapport du 15 novembre 2011), avant d'être considérée comme inexigible dans toute activité (cf. rapports des 28 juillet 2014, 28 octobre 2014 et 29 juillet 2015) ; parallèlement, le Dr P. _____ a rapporté des aggravations au fil de la procédure administrative (cf.

- 29 - rapports des 28 juillet 2014, 28 octobre 2014 et 28 juin 2016). Dans un troisième temps, le psychiatre traitant a repris le diagnostic psychique posé par les experts du Centre C. _____ – à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) – mais en y conférant un caractère invalidant, à l'inverse des experts en question, et en évoquant également l'existence de traits et d'une organisation pathologiques de la personnalité, ainsi que des troubles mixtes de la personnalité (cf. rapport du 6 octobre 2016). Quant aux deux autres psychiatres ayant pris en charge l'assurée, l'un a repris l'appréciation du Dr P. _____ sans se prononcer sur la capacité résiduelle de travail (cf. rapport du Dr R. _____ du 4 septembre 2015), et l'autre a signalé un épisode dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques et des traits de personnalité non spécifiés, avec une entière incapacité de travail (cf. rapport du Dr X. _____ du 18 septembre 2015). bb) C'est au regard de ces appréciations médicales divergentes qu'une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès de la Dre A. _____. Dans son rapport du 3 juin 2019, l'experte judiciaire a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), l'exigibilité dans une quelconque activité lucrative étant nulle depuis le mois de mai 2011 (cf. rapport d'expertise 3 juin 2019 p. 14 ss). Or, rien n'incite à s'écarter de l'appréciation de l'experte A. _____. D'une part, les diagnostics retenus ont été posés sur la base d'un système de classification reconnu, la CIM-10 (cf. rapport d'expertise du 3 juin 2019 p. 14 s.). Ils correspondent, qui plus est, à ceux mentionnés par les experts du Centre C. _____. L'experte A. _____ s'est en revanche distancée de ses confrères quant à l'impact de ces atteintes sur la capacité résiduelle de travail de la recourante. La Dre

A._____ a d'emblée mis l'accent sur les spécificités propres à la structure de la personnalité de l'assurée, caractérisée par des carences développementales menant à une rigidité et à des capacités adaptatives limitées. Sans correspondre à un trouble de la personnalité,

- 30 - ces traits pathologiques (rigidité psychique, perte des capacités adaptatives, aspects paranoïaques) étaient venus à l'avant-plan surtout dès 2011, avec une perte des ressources mentales pour les nuancer ou les assouplir. Ainsi, si l'assurée avait initialement pu fonctionner dans un équilibre psychique relativement précaire mais suffisant, ses capacités adaptatives, déjà mises à mal par l'éloignement de son mari et l'apparition de problèmes physiques, avaient été débordées en 2011/2012 par le sentiment d'injustice lié à son licenciement et par le décès de son époux (cf. *ibid.* p. 15 à 17 et 21). S'agissant du degré de gravité fonctionnel des atteintes, l'experte a exposé que les troubles diagnostiqués se manifestaient par une fatigue quotidienne et une fatigabilité, des troubles de la concentration, des troubles mnésiques, une tristesse, une anhédonie, une aboulie, des troubles du sommeil avec des réveils fréquents et des insomnies, des angoisses liées à l'avenir, un isolement social et, par période, des idées suicidaires. S'y ajoutait une colère profonde contre le sentiment d'injustice lié à son licenciement et contre les trahisons de son mari, l'amenant à ruminer et provoquant des interférences cognitives. En outre, l'absence de capacité de résilience constituait un facteur de maintien dans la chronicité de la dépression (cf. *ibid.* p. 17 s.). L'experte a par ailleurs relevé que la dépression s'était chronicisée malgré une lourde prise en charge médicale et nonobstant une bonne compliance médicamenteuse (cf. *ibid.* p. 18). Sous l'angle de la réadaptation, la Dre A._____ a observé que les limitations physiques rendaient nécessaires une réinsertion dans une activité plus intellectuelle que manuelle, alors même qu'une telle voie serait sérieusement compromise par les faibles compétences intellectuelles et l'absence de souplesse adaptative de l'intéressée (cf. *ibid.* p. 18 et 22). L'experte a de surcroît étudié l'interaction entre les différentes atteintes, soulignant notamment l'imbrication entre la profondeur de la dépression et l'intensité des douleurs (cf. *ibid.* p. 17), les deux pathologies s'aggravant mutuellement (cf. *ibid.* p. 22). Sous l'angle du contexte social, la Dre A._____ a précisé que l'assurée dépendait de son fils pour la tenue du ménage, les comptes et l'aspect financier et qu'elle n'avait pas d'autres ressources en Suisse (cf. *ibid.* p. 21). L'experte a par ailleurs estimé que le tableau clinique était cohérent, chez une assurée très engagée dans son traitement et

- 31 - compliant à sa médication malgré les faibles résultats en termes d'amélioration de la symptomatologie dépressive (cf. *ibid.* p. 20). La Dre A._____ a encore souligné que l'intéressée possédait très peu de capacités de résilience et que sa dépression persistante alliée à son trouble somatoforme limitaient grandement les ressources sur lesquelles elle pourrait s'appuyer (cf. *ibid.* p. 21). Cela étant, force est de constater que l'analyse des ressources résiduelles de l'assurée a été minutieusement réalisée par l'experte judiciaire, conformément aux exigences posées par la jurisprudence (cf. *consid.* 3c *supra*). D'autre part, aucune pièce au dossier ne vient infirmer l'avis de cette spécialiste. Notamment, l'experte a détaillé le raisonnement l'ayant amenée à conclure à un trouble dépressif récurrent chronique sans intervalle libre depuis 2011/2012, alors même que l'expert T._____ avait quant à lui conclu à une rémission tout d'abord partielle en octobre 2011 puis totale en février 2012 (cf. *complément d'expertise* du 22 septembre 2019 p. 1 s.). La Dre A._____ a par ailleurs exposé les motifs l'incitant à retenir des traits de personnalité

pathologiques et des difficultés cognitives préalablement niées par les experts du Centre C._____ (cf. ibid. p. 2 s.). L'experte a en outre expliqué en quoi le taux de Duloxétine (Cymbalta) révélé par les analyses de 2016 permettait malgré tout de conclure à un traitement bien conduit et à une bonne compliance médicamenteuse (cf. ibid. p. 4). Son appréciation de l'exigibilité s'inscrit, de surcroît, dans la lignée de celle des autres psychiatres intervenus (Drs P._____ et X._____). Finalement, la Dre V._____ du SMR – et, corollairement, l'OAI – s'est ralliée à l'appréciation de l'experte A._____ (cf. avis médical SMR du 24 juin 2019), dont les conclusions ne sont pas davantage disputées par la recourante. cc) L'évaluation de l'experte A._____ apparaissant au final convaincante et dûment motivée, il y a donc lieu de reconnaître pleine valeur probante au rapport d'expertise psychiatrique du 3 juin 2019 et à son complément du 22 septembre 2019 (cf. consid. 3b supra).

- 32 - c) Sur le vu de ce qui précède, il apparaît en définitive que quand bien même la recourante dispose, sous l'angle somatique, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (cf. consid. 5a supra), il reste en revanche que, sur le plan psychique, l'exigibilité est nulle dans toute activité depuis mai 2011 (cf. consid. 5b supra). Procédant à une évaluation globale de la capacité de travail (cf. TF 9C_280/2012 du 23 novembre 2012 consid. 3.3), la Cour de céans retiendra donc que, depuis le mois de mai 2011, la recourante n'est plus en mesure de travailler dans quelque activité que ce soit.

E. 6

Reste à se prononcer du point de vue du droit à la rente d'invalidité. a) A titre liminaire, on relèvera que l'OAI a manifestement reconnu à la recourante un statut de 100 % active, qui n'est du reste pas contesté. b) Cela étant, sur la base des conclusions de l'expertise judiciaire, il y a lieu de retenir que la recourante a présenté une incapacité de travail durable depuis le mois de mai 2011 – date marquant le début du délai d'attente d'une année au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. A l'issue de ce délai, soit au 1er mai 2012, l'exigibilité telle qu'arrêtée par l'experte A._____ est nulle dans toute activité. Il s'ensuit un taux d'invalidité de 100 % qui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité à partir de cette même date.

E. 7

a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité est reconnu à la recourante à partir du 1er mai 2012. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

- 33 - La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens dont il convient d'arrêter le montant à 2'500 fr., à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; voir également art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]) – cette somme couvrant au demeurant celle qui aurait été allouée au titre de l'assistance judiciaire.

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