

VD_GERICHTE ZD18.007663 vom 26. April 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-04-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.007663

FR: VD_GERICHTE ZD18.007663 du 26 avril 2019

IT: VD_GERICHTE ZD18.007663 del 26 aprile 2019

Erwägungen

E. 15

septembre 2016 des Drs V. _____ et N. _____, lesquels avaient admis une capacité de travail résiduelle pratiquement inexistante en raison de ses douleurs, de sa médication et d'un état dépressif qui l'handicapaient. A l'appui de son opposition, l'assurée a encore produit une liste des examens dont les experts n'ont pas tenu compte dans leur rapport, ainsi qu'un avis du 17 juillet 2017 établi par le Dr G. _____, médecin traitant, dont le contenu est le suivant : « A mon avis la chose la plus contestable est de ne mettre que 3 diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail : le De Quervain, l'épicondylite et les gonalgies. A mes yeux les 6 diagnostics suivants placés dans la liste des problèmes sans incidence ont aussi un rôle important à jouer dans la capacité de travail, puisqu'ils touchent l'appareil locomoteur dans son ensemble avec aussi un état dépressif chronique. Seuls les problèmes thyroïdiens et l'asthme ne jouent pas de rôle sur la capacité. A mes yeux Madame M. _____ est incapable de travailler à 100%. Les répercussions de l'atteinte à sa santé sont donc clairement invalidantes. En mettant la fibromyalgie, les cervicalgies, les lombalgies et les scapulalgies chroniques dans les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail l'expert espère échapper à la jurisprudence du TF sur la fibromyalgie du 3 juin 2015 ». Dans un avis SMR du 17 août 2017, le Dr [...] a relevé que le Dr G. _____, dans son rapport du 17 juillet 2017, n'expliquait pas pour quelles raisons il estimait que plusieurs des pathologies diagnostiquées par les experts du Centre X étaient selon lui incapacitantes. Par décision du 30 janvier 2018, l'OAI a confirmé dans les mêmes termes son projet de décision niant à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité. Il a ajouté que l'avis du Dr G. _____ ne contenait aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions du Centre X. D. Agissant par l'entremise de son conseil, M. _____ a recouru le 21 février 2018 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à

- 10 - sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision après complément d'instruction. En substance, la recourante reprend l'argumentation développée dans son opposition – invoquant de surcroît une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'OAI ne s'est pas déterminé sur les griefs soulevés à l'appui de ses déterminations du 28 juillet 2017 ni sur sa requête de complément d'expertise. Dans sa réponse du 19 avril 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a estimé que l'expertise du Centre X avait pleine valeur probante, renvoyant pour le surplus à l'avis du SMR du 16 février 2017. Il a par ailleurs relevé que le SMR s'était prononcé sur le courrier du Dr G. _____ dans un avis du 17 août 2017, contrairement à ce qu'alléguait la recourante. Par réplique du 4 mai 2018, l'assurée a reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoforme malgré le diagnostic de fibromyalgie retenu par

les experts, et par les Drs V. _____ et N. _____ le 15 septembre 2016. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et

- 11 - contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.1 et 125 V 413 consid. 2c). b) Est litigieux en l'espèce le droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite de sa demande du 17 décembre 2010. 3. Dans la mesure où la recourante invoque un vice de procédure, singulièrement une violation du droit d'être entendu, la Cour de céans examinera en priorité ce grief. En effet, de nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (cf. art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves,

- 12 - d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (cf. ATF 142 II 218 consid. 2.3 et 141 V 557 consid. 3.1 avec les références citées). Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1). La réparation de la violation du droit d'être entendu doit toutefois rester l'exception et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée qui n'est pas particulièrement grave. Si par contre l'atteinte est importante, il n'est en règle générale pas possible de remédier à la violation. Une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 et les références citées). b) En l'espèce, la recourante considère que l'intimé ne s'est pas déterminé sur une multitude de griefs développés à l'appui de ses déterminations du 28 juillet 2017. A la lecture de ce document, il apparaît néanmoins que la recourante y soulève des griefs qui se

confondent largement avec un moyen concernant la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), dans la mesure où elle conteste par divers arguments la valeur probante de l'expertise du 19 décembre 2016 établie par le Centre X. Il conviendra donc d'examiner cet aspect avec le fond du litige. Au relèvera au surplus que le SMR a répondu, du moins en partie, aux critiques formulées par la recourante à l'encontre de l'expertise, notamment s'agissant du rapport établi par le Dr G. _____ le 17 juillet 2017, expliquant en quoi il considérait que les observations de ce médecin n'étaient pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts (cf. avis du 17 août 2017). La recourante a pour le surplus eu l'occasion de s'exprimer largement devant l'autorité de céans, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen, à l'occasion d'un double échange d'écritures. Ainsi même à admettre une violation du droit d'être entendu, celle-ci serait de peu d'importance et devrait être considérée comme réparée.

- 13 - 4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2). Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion et dans

- 14 - quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 5. a) En l'espèce, la Cour de céans, dans son appréciation des preuves, avait considéré qu'il se justifiait de renvoyer la cause à l'intimé pour complément d'instruction, faute pour cette autorité d'avoir investigué le cas de la recourante au plan psychiatrique, de même que les répercussions d'éventuelles atteintes à ce niveau sur la symptomatologie alléguées (arrêt du 10 novembre 2014 AI 66/14 -279/2014). L'intimé a par conséquent ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire,

- 15 - qui a été confiée à des spécialistes en médecine interne, en rhumatologie et en psychiatrie au Centre X. Un rapport de synthèse signé des Drs K. _____, W. _____ et T. _____ a été produit le 19 décembre 2016. Sa valeur probante est contestée par la recourante, notamment en raison du diagnostic de fibromyalgie, qui est sans influence sur la capacité de travail selon les experts. b) La recourante est en incapacité de travail depuis janvier 2011, pour cause de maladie. Il ressort des pièces médicales versées au dossier que, sur le plan somatique, cette dernière a développé dès 2001 des douleurs localisées au membre supérieur droit (avant-bras, coude, poignet, main), en lien avec son métier d'ouvrière impliquant des activités répétitives des bras. Les diagnostics de tendinopathie de De Quervain et d'épicondylite chronique droite ont été retenus par l'ensemble des médecins consultés, qui ont unanimement admis une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle en raison de ces troubles. La recourante ne conteste pas ces conclusions. Sur le plan psychiatrique, la recourante a consulté le Dr [...], spécialiste en psychiatrie, en 2010 et en 2011, dans le cadre d'entretiens d'évaluation à une éventuelle thérapie. Il mettait en évidence la présence de troubles incapacitants de l'adaptation avec humeur dépressive (cf. rapport du 11 février 2011), tout comme le Dr G. _____ (cf. rapport du 29 décembre 2010). Le diagnostic de fibromyalgie incapacitante a été évoqué dès 2010 par le Dr G. _____ (rapport du 29 décembre 2010) ainsi que par les experts des Hôpitaux universitaires de Genève, consultés dans le cadre d'une expertise réalisée pour le compte de la CNA (expertise du 15 septembre 2016). Les experts du Centre X ont quant à eux fait état dans leur expertise du 19 décembre 2016 d'un épisode dépressif réactionnel d'intensité moyenne avec un syndrome somatique depuis probablement 2012. Ils n'ont pas retenu les critères du trouble somatoforme douloureux, et ont conclu à une totale capacité de travail au plan psychiatrique. Ces conclusions doivent être examinées à la lumière des exigences dégagées par la jurisprudence, notamment celles relatives au

- 16 - caractère invalidant des 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) ou la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4). 6. Dans un arrêt 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 (consid. 4.2 de l'arrêt cité et

jurisprudence citée). 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 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'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord 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 divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de

- 17 - lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4). Cette grille comprendra 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 sera également tenu 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

- 18 - soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et référence citée). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprendra

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 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et référence citée).

7. a) En l'occurrence, l'expert rhumatologue du Centre X a objectivé, dans le cadre de l'examen clinique qu'il a pratiqué, des cervicalgies, des lombalgies et une périarthrite scapulo-humérale, exposant néanmoins que les signes cliniques et radiologiques étaient si peu significatifs que les troubles étaient sans influence sur la capacité de travail. Le spécialiste en médecine-interne n'a pas non plus trouvé d'explication physiologique à la symptomatologie douloureuse de la recourante, concluant à un examen normal, sous réserve de la présence d'un goitre et d'un asthme réversible. Face à ce tableau, et en présence

- 19 - de douleurs concernant tous les niveaux du corps (membres supérieurs des deux côtés, membres inférieurs des deux côtés et musculature du tronc), le rhumatologue a considéré que les critères anamnestiques et cliniques étaient réunis pour retenir le diagnostic de fibromyalgie. L'ensemble des autres intervenants au dossier s'accordent sur ce diagnostic. Cela étant, l'expert psychiatre du Centre X, qui s'est prononcé sur la question de la fibromyalgie, a exclu le diagnostic de trouble douloureux somatoforme (cf. expertise, p. 32), tout en admettant que l'examen somatique ne permettait pas d'expliquer l'importance de certaines douleurs (cervico-scapulo-dorso-lombalgies) alléguées. Il a néanmoins précisé qu'il avait été attentif à évaluer les différents points mentionnés dans l'arrêt du Tribunal fédéral de juin 2015 concernant les affections psychosomatiques pour parvenir à cette conclusion. Or il n'en est rien. b) En effet, en premier lieu, il écarte la présence de tout diagnostic psychosomatique au motif que les douleurs dont se plaint la recourante ne sont pas en relation avec une situation psychosociale difficile ou des éléments de nature émotionnelle. Au-delà du fait que ces considérations sont en contradiction avec le reste des éléments relatés par les experts, le Dr W. _____ manque de procéder à l'examen du critère de gravité inhérent au diagnostic de trouble somatoforme, tout comme il omet de faire référence aux limitations fonctionnelles persistantes de l'assurée. Pourtant, l'expert rhumatologue rapportait à l'anamnèse systématique la présence de douleurs permanentes, tant diurnes que nocturnes, qui touchent le corps dans son ensemble (région cervicale et dorsale, épaules, coudes, poignets, doigts, genoux et chevilles) et de douleurs intenses (7/10 sur une échelle visuelle analogue, 9/10 en ce qui concerne les douleurs du poignet/avant-bras/main droite, et 10/10 lors de « crises » douloureuses ou en cas d'effort physique [cf. expertise, p. 18]). Il a mis en évidence un score positif de 18/18 à l'examen des points typiques de la fibromyalgie. Au plan psychique, il a été fait état d'une grande

tristesse, en lien avec la situation sociale et

- 20 - professionnelle de l'assurée, ainsi que des douleurs qui ne cessent de s'aggraver. Dans son appréciation, l'expert psychiatre a également ignoré les limitations fonctionnelles de l'assurée, et les déficits fonctionnels qui en résultent directement, bien que le rapport d'expertise en fasse état. On lit en effet dans le volet « données personnelles, familiales et socioprofessionnelles » que l'assurée ne participe pas aux activités ménagères (une aide familiale passe une fois par semaine pour le ménage, la lessive et le repassage), qu'elle ne fait pas les courses (elle ne fréquente plus les supermarchés depuis son arrêt de travail) et qu'elle ne prend pas en charge les aspects administratifs liés à son ménage. Par ailleurs, on constate qu'il n'existe pas, en l'espèce, de motif d'exclusion au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral. Certes, les experts ont observé, au plan rhumatologique uniquement, que l'appréciation de l'assurée quant à ses capacités à exécuter les tâches ménagères était « un peu exagérée en regard de l'examen clinique ». Il n'y a cependant pas d'autres indices d'exagération (comme par exemple des discordances 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). Au regard de ces éléments, on peine à comprendre l'appréciation de l'expert psychiatre qui exclut le diagnostic de trouble somatoforme, ce d'autant que l'expertise retient, en définitive une fibromyalgie, au chapitre des diagnostics non incapacitants (cf. p. 36). Aussi, l'ensemble du dossier plaide en faveur d'un trouble somatoforme, qu'il convient de retenir en l'espèce. c) Quoiqu'en dise l'expert psychiatre, l'examen de la capacité de travail exigible de la recourante au moyen du catalogue d'indicateurs développé par le Tribunal fédéral ne ressort pas de la discussion qu'il mène dans le cadre de ses conclusions. A cet endroit, il s'attache surtout à exclure toute comorbidité psychiatrique et d'éventuels troubles de la

- 21 - personnalité de l'assurée, retenant, au terme de ses observations, un épisode dépressif réactionnel d'intensité moyenne avec un syndrome somatique. Ce faisant, il semble perdre de vue que le critère de la comorbidité psychiatrique n'a plus l'importance prépondérante qu'on lui connaissait sous l'ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral, et que son absence ne suffit pas pour admettre, dans le cas d'espèce, que la recourante présente une pleine capacité de travail. On retrouve par contre, dans le corps de l'expertise, de manière éparse, les éléments ressortant de la grille d'analyse du Tribunal fédéral applicable en matière de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, et qui permettent d'examiner les éléments plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle. On constate ainsi 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. La recourante se plaint en effet de douleurs persistantes et intenses, touchant toutes les parties du corps, les masses musculaires étant douloureuses à tout niveau. L'assurée présente une humeur fortement déprimée, une énergie vitale fortement diminuée et une fatigue intense, présente en permanence. Les intérêts et les plaisirs sont absents, elle n'a pas de réactivité émotionnelle à des événements ou circonstances habituellement agréables et n'a plus de libido depuis le début de l'arrêt de travail. 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, M. _____ ne fait rien, elle n'a aucun loisir, ne fait aucune tâche ménagère ou administrative, pour lesquels elle

sollicite l'aide d'une personne extérieure, et ne sort pas, hormis pour ses rendez-vous médicaux. Elle se dit trop fatiguée pour ne serait-ce qu'envisager une activité physique comme se promener. Il ne ressort par ailleurs pas des éléments recueillis par les experts que l'assurée entreprendrait une quelconque vie sociale, alors que par le passé, elle sortait le samedi au

- 22 - restaurant, elle faisait des promenades avec son mari, les visites familiales occupant aussi 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 jusqu'ici par le corps médical. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans est d'avis que les experts se sont fourvoyés quant à l'appréciation du caractère non invalidant du trouble somatoforme douloureux que présente la recourante, ignorant en particulier l'ensemble des indicateurs objectifs décrits par la jurisprudence qui permettent, en l'occurrence, de retenir que la recourante n'est pas capable de travailler en raison de la fibromyalgie dont elle souffre. Ce constat est corroboré par le Dr G. _____, ainsi que par les experts V. _____ et N. _____, qui ont conclu, au terme d'une expertise établie à la demande de la CNA, à une fibromyalgie incapacitante. L'avis du SMR du 16 février 2017 n'est pas de nature à remettre en cause l'appréciation de la Cour. En effet, sur la question de la fibromyalgie, le Dr [...] se contente de relever que « l'évaluation du syndrome douloureux selon l'ATF de juin 2015 ne retient pas d'incapacité selon la démo en p.32 » et que les ressources de l'assurée sont « plutôt bonnes ». Or on l'a vu, l'expert ne procède pas à l'examen du cas sous l'angle des critères de la jurisprudence du Tribunal fédéral applicable en matière de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Par ailleurs, les experts ont considéré que les ressources de l'expertisée étaient plutôt bonnes, vu l'absence de trouble de la personnalité et de fonctions supérieures préservées. Il ressort néanmoins d'une lecture objective de l'expertise que les ressources de

- 23 - l'assurée sont épuisées et que l'étayage social est particulièrement pauvre, l'assurée n'ayant de liens qu'avec son mari. 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. Différents rapports au dossier plaident pour une aggravation de l'état de santé de l'assurée en 2014 (rapport du 26 juin 2014 du Dr [...], spécialiste en médecine physique et réadaptation, rapport de la Dresse [...] du 1er juillet 2014 notamment). Une IRM cervicale réalisée en raison de cervico-brachialgies objective également une aggravation des lésions uncarthrosiques par rapport à la situation qui prévalait en 2011 (rapport d'IRM cervicale du 27 octobre 2014). De même, une omarthrose et une souffrance psychologique est signalée par le médecin-traitant à cette même période (cf. également rapport de RX de l'épaule droite du 3 mars 2014). On retiendra en définitive que l'aggravation conjointe, depuis octobre 2014 au plus tard, des troubles articulaires et du trouble somatoforme douloureux entraînent une incapacité entière de travail depuis ce moment. L'assurée s'est trouvée en incapacité de travail dès le 1er novembre 2014, sans interruption notable au sens des art. 28 al. 2 LAI et 29ter RAI, de sorte que le délai d'attente d'un an a pris fin au 1er novembre 2015. Il s'ensuit que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès cette date. d) Par surabondance, la Cour observe que

même à admettre une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ainsi que le soutient l'OAI, les perspectives pour la recourante de retrouver un emploi adapté sont purement hypothétiques, même sur un marché du travail équilibré. En effet, son âge, au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit 61 ans, rend un reclassement professionnel particulièrement compliqué pour elle. Sans formation et compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par l'OAI qui visent en particulier la partie supérieure droite du corps, les possibilités d'emploi paraissent en effet insuffisantes pour que l'on puisse tenir pour

- 24 - raisonnablement exigible la réalisation d'un revenu excluant le droit à une rente entière d'invalidité. 8. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er novembre 2015. 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. 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 ; BLV 173.36.5.1]).

- 25 -

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