

VD_GERICHTE ZD18.055510 vom 27. April 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-04-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.055510

FR: VD_GERICHTE ZD18.055510 du 27 avril 2022

IT: VD_GERICHTE ZD18.055510 del 27 aprile 2022

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 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

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance invalidité, en particulier à une rente d'invalidité.

E. 3

a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 26 novembre 2018 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). b) 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

- 15 - 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.

c) 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). 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 à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). d) 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 (art. 29 al. 1 LAI).

E. 4

a) 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

- 16 - 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). b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées). c) Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 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

- 17 - 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 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

E. 5

a) En l'espèce, se fondant essentiellement sur l'expertise du Dr L. _____, après une première expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, neurologique, orthopédique et de médecine interne) mise en œuvre auprès de N. _____ en février 2017, l'intimé a retenu que l'atteinte à la santé de la recourante ne l'empêchait pas d'exercer son activité professionnelle habituelle ou toute autre activité adaptée à ses compétences et que dès lors sa capacité de travail était entière à l'échéance du délai d'attente. La recourante conteste notamment la valeur probante du rapport d'expertise du Dr L. _____ et de l'avis des médecins du SMR sur lesquels s'est fondé l'intimé pour refuser les prestations. Elle considère que la mise en œuvre de cette seconde expertise constitue une « second opinion » contraire à la jurisprudence. b) Il ressort des différentes pièces médicales versées au dossier que les plaintes de la recourante et les constatations des médecins sont essentiellement en rapport avec l'état psychique de cette dernière. A cet égard, du point de vue somatique, tous les médecins qui l'ont examinée sont unanimes pour admettre que les diagnostics retenus (thrombose veineuse suspendue vasculaire du tiers moyen de la voûte plantaire du pied droit, lipome sous-cutané de la plante du pied gauche et status post opération d'une hernie de la ligne blanche) sont sans incidence sur sa capacité de travail. Les examens conduits par le Dr D. _____ n'ont en particulier pas démontré de cause orthopédique permettant d'expliquer les douleurs aux deux pieds de sa patiente et ce dernier évoque déjà dans le rapport de janvier 2015 le rôle joué par des facteurs non somatiques sur son état de santé.

- 18 - Cette appréciation est confirmée tant par les experts de N. _____ qui n'ont pas objectivé de substrats physiques permettant d'expliquer les douleurs de la recourante, que par les experts de O. _____ dont l'examen rhumatologique a permis de diagnostiquer une fibromyalgie mais n'a mis en évidence aucune autre pathologie incapacitante. Sous l'angle somatique, aucune incapacité de travail n'a ainsi été retenue par les médecins et cette appréciation commune à tous, qui n'est au demeurant pas contestée, s'avère en tout point fondée. c) S'agissant du volet psychiatrique, c'est sur la base d'un avis du 29 août 2017 du Dr W. _____, médecin au SMR, que le Dr L. _____ a été mandaté par l'intimé pour effectuer une nouvelle expertise. Outre le fait que ce médecin ne dispose d'aucune légitimité pour se prononcer sur la problématique psychiatrique qui sort du cadre de ses compétences de spécialiste de médecine interne, il est, dans le cas particulier, allé au-delà du rôle qui lui était dévolu mettant en doute le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant posé par les experts en critiquant de manière confuse les éléments retenus. Si l'expertise soulevait des questions qu'il convenait selon lui d'éclaircir, il lui appartenait d'inviter l'intimé à requérir des explications complémentaires auprès des experts, plutôt que de solliciter qu'une contre-expertise soit mise en œuvre auprès d'un nouvel expert. Compte tenu de ce qui précède, la question de savoir si l'expertise du Dr L. _____ constitue, comme le relève la recourante, une « second opinion », interdite par la jurisprudence (ATF 141 V 330 consid.

E. 5.2

; 137 V 210 consid. 3.4.2.7; TF 8C_776/2018 du 9 mai 2019 consid. 5.1; 9C_499/2013 du 20 février 2014 consid. 6.4.2.1 et les références citées) est pertinente, mais peut, à ce stade, rester ouverte, tant la valeur probante de l'expertise du deuxième expert, dont le rapport a

servi de fondement au refus de prestations, est sujette à caution.

- 19 - Le rapport de l'expert L. _____ frappe en effet par son manque de substance et de motivation. D'un point de vue structurel, ce document n'est guère convaincant. L'expert fait en effet la synthèse des pièces du dossier dans un chapitre qu'il intitule contexte social, dans lequel il mêle des éléments d'anamnèse de manière inopportune. De même, il évoque dans une description du quotidien, des faits remontant à plusieurs années, notamment relatifs à l'origine des problèmes de santé de la recourante. S'agissant de l'anamnèse elle-même, la pauvreté des renseignements recueillis surprend, à plus forte raison encore que l'anamnèse du rapport de l'expert psychiatre de N. _____ est particulièrement détaillée et contient des éléments totalement absents du rapport de l'expert L. _____. Enfin, le rapport, faute de motivation adéquate, ne fournit aucune indication sérieuse quant au degré de gravité de l'atteinte, aux ressources ou à la capacité effective de la recourante. Sur le fond, le diagnostic de neurasthénie posé par ce second expert n'est partagé par aucun autre médecin. Au contraire, les experts de N. _____, de O. _____ et le psychiatre traitant posent quant à eux des diagnostics similaires (épisode dépressif d'intensité variable selon les rapports et syndrome douloureux somatoforme persistant ou fibromyalgie). Si le Dr L. _____ relève au moment de l'entretien des signes de la lignée dépressive, comme de la tristesse avec humeur dépressive, de la culpabilité, un sentiment de dévalorisation et du découragement, un sommeil perturbé, il ne les considère pas, sans en expliquer les raisons, comme suffisamment présents pour fonder un diagnostic de troubles dépressifs. Il ne retient comme facteurs limitants que l'influence culturelle de l'expertisée et les bénéfices secondaires qu'elle tire de son état de santé, sans pour autant expliquer quels sont les facteurs culturels auxquels il fait référence, ni quels bénéfices la recourante en tirerait. L'expert ne motive que très brièvement les raisons qui lui permettent de s'écarter des constatations réalisées par le psychiatre traitant ou par ses confrères experts, par le fait qu'ils auraient omis de tenir compte de tels facteurs qu'il met en lien avec l'infidélité du

- 20 - mari. Outre la faiblesse de la motivation de l'expert L. _____, on relèvera que le Dr S. _____ a tenu compte au titre d'événement émotionnel important, tant son parcours d'immigrante et son statut de sans papier, que le voyage de son mari pour aller retrouver sa maîtresse, son échec aux examens ou la séparation de ses parents après sa première grossesse (cf. rapport d'expertise de N. _____ p. 31 ch. 5). Ainsi, dans la mesure où l'expert L. _____ se contente de substituer son avis à celui des médecins qui se sont exprimés avant lui, sans objectiver de manière convaincante quelles raisons lui permettent d'ignorer les autres diagnostics posés, en particulier celui de syndrome somatoforme persistant, ses conclusions ne disposent pas de la valeur probante nécessaire. Compte tenu de son appréciation qui n'est au demeurant partagée par aucun de ses confrères, il se devait pourtant d'objectiver son avis de façon d'autant plus attentive. L'avis du Dr L. _____, isolé, s'écarte ainsi de celui de tous les médecins qui ont examiné la recourante, qu'ils soient experts ou médecins traitants. Dans son rapport du 10 avril 2019, le psychiatre traitant a encore expliqué de façon circonstanciée les raisons lui permettant de retenir la présence d'un épisode dépressif moyen selon la CIM-10, trouble qui a d'ailleurs évolué défavorablement entre 2015 et 2019, aggravation relevée également dans le rapport de l'expert T. _____. Le Prof. R. _____ a en outre expliqué qu'un diagnostic de neurasthénie, controversé dans le milieu médical, ne permettait pas d'exclure un diagnostic de dépression contrairement à ce que laissait entendre l'expert L. _____. Aucun des experts psychiatres n'a constaté de discordance entre les allégations, le comportement de

l'assurée et ses constatations objectives. Les experts de N. _____, comme ceux du O. _____ ont, au contraire, relevé une réduction uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Dans le rapport de N. _____, il est fait état d'une nette restriction des activités de loisirs et des contacts avec d'autres personnes, de même qu'une différence flagrante entre la vie familiale, individuelle,

- 21 - professionnelle et sociale menée jusqu'en 2013-2014 et la nette péjoration constatée après la décompensation. Les différentes formations continues effectuées par la recourante dans le cadre de son activité professionnelle ou privée parlent en faveur d'un changement radical dans sa vie quotidienne avant et après cet épisode de décompensation. Seul l'expert L. _____, qui pourtant a admis qu'il n'existait pas de discordance, voit une contradiction entre les allégations de la recourante de ne rien pouvoir faire et ses capacités à regarder la télévision, utiliser sa tablette et rester en contact avec sa famille. La pauvreté des informations recueillies lors de son anamnèse ne permet cependant pas la comparaison des activités exercées avant et après la fracture dans l'état de santé de la recourante, au contraire de l'anamnèse détaillée effectuée par les experts de N. _____. Dès lors, faute d'explications étayées convaincantes de la part du Dr L. _____, l'avis des médecins de N. _____, rejoint par celui des médecins de O. _____, doit lui être préféré. Si les experts notent de manière unanime également que la recourante a fait preuve de ressources tout au long de son existence, le Dr S. _____ a néanmoins constaté qu'elles étaient drastiquement diminuées, au moment de son examen. Il relevait alors la nécessité d'entreprendre une thérapie plus soutenue d'un point de vue psychiatrique, avec une approche psychothérapeutique plus importante, y compris par le biais d'un séjour dans un établissement psychosomatique. Ce constat a également été posé par le Dr T. _____, qui a pour sa part suggéré une hospitalisation en milieu psychiatrique. On peut ainsi retenir que les ressources de la recourante, absentes lors des examens cliniques effectués en 2017 et 2020, sont susceptibles d'amélioration moyennant un traitement mieux adapté. Le Dr T. _____ évoque cependant un pronostic rendu mauvais par la méfiance de la recourante qui ne permet pas d'introduire aisément un traitement psychopharmacologique antidépresseur. Une fois de plus, les explications laconiques par lesquelles l'expert L. _____ indique une légère diminution des ressources de la recourante attestée selon lui par le fait qu'elle est capable de rester en contact avec sa famille, ne suffisent pas à préférer son avis divergent à celui des autres experts.

- 22 - Compte tenu de ce qui précède, le rapport du Dr L. _____ ne répond pas aux exigences minimales attendues d'une expertise et n'est dès lors d'aucun secours pour trancher le litige, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé. d) Le rapport d'expertise de N. _____ est en revanche conforme aux réquisits de la jurisprudence. Il dresse un tableau complet des documents médicaux à disposition des experts, tient compte d'une anamnèse détaillée qui porte sur tous les aspects de la vie de la recourante, pose des diagnostics conformes aux exigences scientifiques de la CIM-10, explique les conséquences de l'interaction des diagnostics posés et fait l'analyse des indicateurs admis par la jurisprudence. Ce rapport dispose par conséquent de la valeur probante nécessaire à faire admettre le diagnostic posé et ses conséquences, à plus forte raison encore que les conclusions des experts sont globalement confirmées par les autres rapports médicaux du dossier. S'agissant de l'expertise judiciaire effectuée par O. _____, à l'instar de la Dre A.W. _____, médecin auprès du SMR (cf. son avis du 2 février 2021), il faut admettre que le rapport manque d'une appréciation consensuelle et, sous l'angle psychiatrique,

d'explications détaillées. A ce titre, il ne saurait constituer l'unique fondement de l'appréciation du Tribunal. Cependant, dans la mesure où ses conclusions rejoignent sans conteste celles des autres médecins qui se sont exprimés sur l'état de santé de la recourante, isolant d'avantage encore l'avis de l'expert L. _____, il doit être pris en considération.

E. 6

a) S'agissant de la capacité de travail de la recourante, en particulier de son évolution, il faut admettre que ni les experts de N. _____, ni ceux de O. _____ n'ont été enclins à se prononcer de manière rétroactive. Les réponses complémentaires du Dr T. _____ au Tribunal d'octobre 2020 et de janvier 2021 sont à cet égard contradictoires et ne sont dès lors guère exploitables. L'expertise du Dr L. _____ ne fait pas non plus état de l'évolution de la capacité de travail de la recourante se limitant à l'apprécier au moment de son

- 23 - examen. Dans la mesure où une quatrième expertise ne permettrait vraisemblablement pas de faire la lumière à ce sujet, il conviendra de se fonder sur l'ensemble des documents médicaux figurant au dossier pour statuer sur la question de la capacité de travail et son évolution jusqu'au moment de la décision attaquée. A cet égard, on retiendra que lors des examens cliniques de N. _____ au mois de février 2017, la capacité de la recourante était limitée à 50 % dans toute activité. Lors de l'expertise de O. _____, en l'absence du traitement préconisé par les précédents experts, le Dr T. _____ a relevé un état psychiatrique préoccupant sous forme d'épisode dépressif sévère (F 32.31) suffisant à justifier une incapacité de travail totale dans toute activité. Cette appréciation confirme au demeurant l'évaluation que le Prof. R. _____ a faite dans son rapport du

E. 10

avril 2019 relevant à la date de son examen, l'aggravation de l'état de santé de sa patiente sous forme d'un trouble dépressif sévère, dont il ne précise toutefois pas expressément les conséquences sur la capacité de travail, tout en indiquant que la question de la rente d'invalidité doit être impérativement réévaluée. Cette appréciation concerne toutefois une période postérieure à la décision attaquée. Conformément aux indications transmises par l'employeur à l'intimé par le biais du formulaire, l'incapacité de travail de la recourante a débuté le 30 avril 2014. Le rapport du 29 juin 2014 du Dr Q. _____ confirme au demeurant dès cette date une incapacité de travail de 100 %, en lien avec un épisode dépressif sévère et des troubles de la marche, à ce moment en cours d'évaluation. Le 25 septembre 2014, la Dre Y. _____ atteste d'une incapacité de travail totale de la recourante depuis le début de son suivi en juin de la même année. Elle indique une évolution du suivi favorable qui la conduit à pronostiquer une reprise à 50 % de l'activité habituelle dès le 1er décembre 2014 et une reprise totale dès le mois de janvier 2015. Le rapport du 17 mars 2015 du Prof. R. _____, devenu entre-temps psychiatre traitant de la recourante, infirme toutefois ce pronostic, en attestant d'une incapacité de travail totale depuis le mois

- 24 - d'avril 2014 et d'une reprise probable de son activité à 20 %, à titre thérapeutique, en mai 2015. Le 23 juin 2015, le Prof. R. _____ constate une légère amélioration de l'état de santé de la recourante depuis son dernier rapport (mars 2015). Il atteste d'une incapacité de travail totale du 30 avril 2014 au 4 mai 2015, la recourante ayant repris son activité habituelle à raison de 15 % dès le 5 mai 2015. Depuis cette reprise, la capacité de travail de la recourante du point de vue psychiatrique a encore évolué puisque le Prof. R. _____,

dans son rapport du 27 octobre 2015, atteste que l'incapacité de travail de 100 % est alors due essentiellement à l'opération de la hernie ombilicale (effectuée fin août 2015). Il indique cependant ne pas pouvoir évaluer les conséquences des douleurs plantaires, ni la fatigue liée à l'épisode dépressif sur la pratique professionnelle, en raison de l'incapacité de travail somatique. Dans son rapport du 19 novembre 2015, le psychiatre traitant est à nouveau plus nuancé, dans la mesure où il note une difficulté d'évaluer la capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique, compte tenu de l'incapacité due aux nombreuses interventions chirurgicales qui l'ont malheureusement contrainte à stopper son retour dans son activité habituelle. Au vu de ce qui précède, la Cour retient que l'incapacité de travail de la recourante était totale du 30 avril 2014 au 4 mai 2015, puis de 85 % du 5 mai au 24 juin 2015. Dès le 25 juin 2015, la recourante s'est trouvée dans l'incapacité totale de travailler en raison d'interventions chirurgicales qu'elle avait subies aux mains et au ventre. Certes, le Prof. R. _____ ne s'est pas prononcé durant cette période sur la capacité de travail de sa patiente du point de vue psychiatrique dans la mesure où il n'y était pas contraint, compte tenu de l'incapacité somatique attestée. On notera cependant que s'il admet une évolution favorable, sous la forme d'une légère amélioration dans ses rapports des mois de juin et octobre 2015, il indique à l'assureur maladie le 23 juin 2015 qu'une reprise de son activité au-delà des six heures alors effectuées lui paraît prématurée. Dans son rapport du mois de novembre 2015 adressé à l'intimé, le psychiatre traitant relève la difficulté d'évaluer la capacité de travail du

- 25 - point de vue psychiatrique tout en indiquant que les multiples opérations subies engendrent une péjoration des symptômes anxieux. On ne saurait ainsi conclure des rapports qui précèdent, comme l'a fait l'intimé, que la capacité de travail de la recourante du point de vue psychiatrique était totale dès le 25 juin 2015. Ceci est d'autant moins vraisemblable que la recourante n'avait repris son activité lucrative sous forme thérapeutique qu'à raison de 15-20 % depuis deux mois à peine, lorsqu'elle a, à nouveau, été totalement arrêtée pour des raisons somatiques du 25 juin au 7 décembre 2015. A cet égard, on constatera que l'amélioration de la santé psychique de la recourante a coïncidé avec la reprise progressive de son activité, interrompue brusquement en raison des interventions chirurgicales subies. D'autre part, le 24 mars 2016, le Prof. R. _____ a annoncé à l'intimé une nouvelle péjoration de l'état de santé psychique de sa patiente, à la suite de l'annonce de son licenciement à la fin de l'année 2015. Sans se prononcer lui-même sur la capacité de travail de sa patiente, dans la mesure où il considère que son incapacité de travail somatique subsiste encore, ce psychiatre constate dans ce rapport que la recourante demeure gênée par un taux très élevé d'anxiété, qui rend difficile l'utilisation de transports publics et la communication avec des personnes en dehors de son cercle familial. Elle se sent de surcroît très fatiguée, dévalorisée et sans confiance en elle. C'est dans un rapport du

E. 15

août 2016 que le Prof. R. _____ évalue à nouveau la capacité de travail psychique de sa patiente qu'il considère comme nulle depuis le 5 avril 2016. Dans ce rapport, il note que la tristesse et l'angoisse permanente rendent toujours la prise d'un transport public et la communication avec des gens en dehors de son cercle familial très difficile. La fatigue constante ne lui permet d'accomplir les tâches ménagères que partiellement, elle souffre d'un ralentissement et d'une diminution de la confiance dans ses capacités professionnelles et continue de ressentir des douleurs sous les pieds, dans le dos, le cou et les épaules. L'évolution de la capacité de travail psychiatrique entre le 25 juin 2015 et le 5 avril 2016 a

été précisée par le Prof. R. _____ le 1er mars 2022 à la demande de la juge instructrice. Il a notamment confirmé que l'absence de certificats d'incapacité de travail n'était pas due à une

- 26 - absence d'incapacité de travail psychiatrique, mais au fait que sa patiente disposait de certificats d'incapacité de travail pour des raisons somatiques. La capacité de travail d'un point de vue psychiatrique n'avait, durant cette période, pas été supérieure à 15 % selon lui. Entre le 4 novembre 2015 et le 5 avril 2016, date à laquelle l'incapacité de travail psychiatrique était derechef attestée dans des documents médicaux, une péjoration de l'état de santé avait à nouveau conduit la recourante à une incapacité de travail totale. Ces précisions sont parfaitement conformes aux informations qui ressortent des rapports évoqués précédemment, notamment celui qu'il a adressé à I. _____ le 23 juin 2015, de même que celui adressé en novembre 2015 à l'OAI ou celui du mois de mars 2016 qui fait état d'une péjoration à la suite du licenciement de la recourante. Il n'y a en conséquence aucune raison de s'écarter de l'avis de ce médecin qui a suivi régulièrement sa patiente pour la période antérieure aux expertises. Enfin et quoiqu'il en soit, même si l'incapacité de travail somatique n'est à l'origine d'aucune invalidité, il n'en demeure pas moins qu'il convient de la prendre en considération durant la période concernée, à plus forte raison encore que la capacité de travail du point de vue psychiatrique était à ce moment extrêmement limitée et qu'elle était à nouveau complètement inexistante à la fin de l'année 2015. Enfin, comme vu précédemment, les experts de N. _____ admettent qu'au moment de leur examen du mois de février 2017, la capacité de travail de l'expertisée était de 50 % dans toute activité. Cette dernière s'est par la suite à nouveau péjorée puisque le Dr T. _____, confirmant en cela l'avis du Prof. R. _____ du mois d'avril 2019, évoque dans le rapport d'expertise une incapacité de travail de 100 %, en raison d'un épisode dépressif sévère, ne permettant que l'exercice d'une activité sur le marché protégé de l'emploi. Cette péjoration sort toutefois du cadre temporel de la décision attaquée, de sorte qu'elle ne sera pas prise en considération pour la présente cause.

- 27 - b) Compte tenu de ce qui précède et des documents médicaux au dossier, la Cour retiendra les incapacités de travail suivantes : - du 30 avril 2014 au 4 mai 2015 une incapacité de travail de 100 %, - du 5 mai 2015 au 24 juin 2015 une incapacité de travail de 85 %, - du 25 juin au 7 décembre 2015 une incapacité de travail de 100 % en raison d'interventions chirurgicales aux mains et d'une hernie ombilicale, étant précisé que la capacité de travail du point de vue psychiatrique n'a jamais excédé 15 % durant cette période, - du 8 décembre 2015 au 4 avril 2016, une incapacité de travail de 100 % qui s'est poursuivie dès le 5 avril 2016, conformément au rapport du 15 août 2016 du Dr R. _____. Dès le mois de février 2017, date de l'examen clinique des experts de N. _____, la capacité de travail de l'expertisée retenue est de 50 % aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. 7. a) 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 à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). b) Selon la jurisprudence (cf. TF 9C_225/2016 du 14 juillet 2016 consid. 6.2.2 et 6.2.3), il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur des données statistiques : le revenu hypothétique

réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le

- 28 - taux d'invalidité (TF 8C_628/2015 du 6 avril 2016 consid. 5.3.5 et 8C_211/2013 du 3 octobre 2013 consid. 4.1 in SVR 2014 UV n° 1 p. 1; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3e éd., Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 35 s. ad art. 28a LAI). L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle (en raison par exemple d'un salaire sans invalidité supérieur à celui avec invalidité; TF 9C_100/2010 du 23 mars 2010 consid. 2.1, 9C_310/2009 du 14 avril 2010 consid. 3.2 et 8C_294/2008 du 2 décembre 2008 consid. 6.4.1). c) Dans le cas particulier, l'activité habituelle d'auxiliaire en garderie exercée par la recourante a, jusque-là, été considérée par son psychiatre traitant et les autres médecins comme l'activité la plus adaptée à son état de santé. Au demeurant, elle était en cours de reprise de cette activité, alors à titre thérapeutique, auprès de la même institution, malgré son échec aux examens, lorsqu'elle a, à nouveau, été contrainte de l'interrompre en raison des interventions subies. Compte tenu de l'exigibilité de l'exercice de cette activité, il n'y a pas lieu de chiffrer précisément les revenus, la méthode de comparaisons en pour-cent s'avérant la plus adéquate dans ces circonstances. Indépendamment de ce qui précède, s'il convenait de se référer à une autre activité adaptée, il s'agirait alors de déterminer l'invalidité de la recourante sur la base des statistiques salariales ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiées par l'Office fédéral de la statistique, tant pour le revenu sans invalidité qu'avec invalidité. On ne parviendrait dès lors pas à un résultat différent. Dès lors, le degré d'invalidité de la recourante est conforme à l'incapacité de travail évoquée au considérant 6.b) qui précède.

- 29 - d) Compte tenu de ce qui précède, à l'issue du délai de carence d'une année échéant fin avril 2015, le degré d'invalidité précité ouvre théoriquement le droit à une rente entière d'invalidité du 1er mai 2015 au 30 avril 2017, puis à une demi-rente d'invalidité dès le 1er mai 2017 (art. 88a RAI). Etant donné que la recourante n'a déposé sa demande de prestations que le 14 janvier 2015, elle n'a droit au versement de cette prestation qu'à l'échéance d'un délai de six mois, soit à partir du 1er juillet 2015 (cf. art. 29 al. 1 LAI). S'agissant de la période postérieure à la décision attaquée, il appartiendra à l'intimé d'examiner les conditions d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante. 8. a) Selon un principe général en droit des assurances sociales, concrétisé à l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de sa part pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail et pour empêcher la survenance d'une invalidité (obligation de diminuer le dommage). Il doit participer activement à la mise en oeuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels); il s'agit en particulier : de mesures d'intervention précoce (art. 7 al. 2, let. a, LAI), de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 7 al. 2, let. b, LAI), de mesures d'ordre professionnel (art. 7 al. 2, let. c, LAI), de traitements médicaux au sens de l'art. 25 LAMaI ([loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10] ; art. 7 al. 2; let. d LAI) ou de mesures en vue d'une

nouvelle réadaptation destinées aux bénéficiaires de rente au sens de l'art. 8a al. 2 LAI (art. 7 al. 2, let. e, LAI). b) Dans le cadre de son devoir de réduire le dommage, une obligation importante de l'assuré, si ce n'est la première, est qu'il ait

- 30 - recours à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé. L'assureur pourra ainsi réduire ou refuser ses prestations (art. 7b LAI en relation avec l'art. 21 al. 4 LPGA) lorsque l'assuré, sans enfreindre une injonction, compromet le résultat du processus de guérison par son comportement gravement négligent. Le refus de suivre un traitement approprié ne peut toutefois être qualifié comme tel que si toutes les informations utiles lui ont été communiquées par le médecin traitant (cf. Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 3 ad art. 7 LAI, p. 69, et références citées). c) Les traitements médicaux visés par l'art. 7 al. 2, let. d, LAI susmentionné englobent toute mesure diagnostique ou thérapeutique, ambulatoire ou stationnaire, de même que des soins de longue durée, dont on peut raisonnablement espérer, au stade de la vraisemblance prépondérante, une amélioration de l'état de santé de la personne assurée et, par conséquent, de sa capacité de travail. La perception subjective, par la personne assurée, de l'utilité du traitement n'est pas pertinente. La preuve de l'amélioration que le traitement aurait pu apporter n'a pas à être rapportée strictement, mais doit être démontrée avec une certaine vraisemblance. Le degré de vraisemblance exigé dépend de l'ampleur de l'atteinte aux droits de la personnalité causée par le traitement (cf. Anne- Sylvie Dupont, in :

Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n°54 ad art. 21 LPGA, p. 312, et références citées). d) Dans le cas particulier, les experts psychiatres de N._____ et de O._____ ont tous deux considéré qu'une amélioration de l'état psychique de la recourante lui permettrait de retrouver une capacité de travail et cas échéant d'entreprendre des mesures de réadaptation. A cet égard, ils ont évoqué l'opportunité d'un séjour stationnaire en milieu psychiatrique et considèrent qu'une prise en charge psychiatrique plus importante et mieux personnalisée, avec une approche psychopharmacologique adéquate, permettrait sans doute de retrouver

- 31 - une capacité de travail, compte tenu des ressources dont disposait la recourante avant la décompensation de 2014. Il convient dès lors d'attirer l'attention de la recourante sur son obligation de réduire son dommage, en se soumettant aux mesures médicales raisonnablement exigibles, évoquées par les experts de N._____ et de O._____. Il appartiendra à l'intimé de s'assurer que la recourante donne suite aux propositions thérapeutiques des experts, en lui adressant à défaut une mise en demeure à cette fin (cf. art. 21 al. 4 LPGA). 9. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision du 26 novembre 2018 doit être réformée en ce sens que la recourante a droit au versement d'une rente entière d'invalidité, à compter du 1er juillet 2015, puis d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er mai 2017. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 5'100 fr. et de mettre à la charge de l'intimé. La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Philippe Graf à compter du 22 décembre 2018 (décision de la juge instructrice du 7 janvier 2019), lequel a produit une liste des opérations le 25 avril 2022. Le

montant alloué à la recourante à titre de dépens correspondant au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office (art. 2 al. 1 let. a, art. 3 et 4 du règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 [RAJ ; BLV 211.02.3]).

- 32 -

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