

VD_GERICHTE ZD20.019341 vom 6. April 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-04-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.019341

FR: VD_GERICHTE ZD20.019341 du 6 avril 2021

IT: VD_GERICHTE ZD20.019341 del 6 aprile 2021

Erwägungen

E. 45

%, lequel ouvrait ainsi le droit à un quart de rente.

- 14 - Dans son courrier du 12 avril 2019, l'assurée a formulé ses objections à l'encontre de ce préavis, faisant valoir que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une quelconque activité professionnelle. A cet égard, elle a produit un rapport du 29 mars 2019 du Prof BB._____, lequel diagnostiquait une tendinite chronique du long chef du biceps due à des calcifications, une arthrose acromio-claviculaire sévère droite, des céphalées persistantes post-interventionnelles (coiling pour anévrisme) et une fibromyalgie. Ce médecin avait indiqué qu'il n'y avait actuellement pas de capacité de travail, en raison de l'inflammation aiguë du long chef du biceps et de l'épanchement péri-tendineux. Ces atteintes entraînent, par ailleurs, l'impossibilité pour l'assurée d'utiliser son bras droit au-delà de 30 minutes. f) Aux termes de son rapport SMR du 12 août 2019, la Dre P._____ a suggéré qu'une expertise rhumatologique et neurologique soit réalisée, étant donné que les atteintes ostéo-articulaires étaient évolutives et l'absence, d'une part, d'un concilium rhumatologique (appuyé par des éléments objectifs et corroborés par des images radiologiques récentes) justifiant une incapacité de travail de longue durée, et, d'autre part, d'une évaluation neurologique approfondie, justifiée en l'occurrence par les céphalées persistantes post-interventionnelles (opération de l'anévrisme). Un rapport d'expertise du 12 février 2020, comportant une évaluation consensuelle, un rapport rhumatologique et un rapport neurologique, a été établi par le Dr M._____, spécialiste en neurologie, et la Dre D._____, spécialiste en rhumatologie. Ceux-ci ont retenu les diagnostics ayant ou non une incidence sur la capacité de travail de cervico-brachialgies droites (sans substrat neurologique objectivable), de lombosciatalgies droites chroniques (dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec discopathie et discrets signes de type Modic I en L4-L5, discopathie et discret spondylolisthésis L5-S1, ainsi qu'une arthrose des articulaires postérieures, surtout en L4-L5, sans évolution

- 15 - significative entre les imageries par résonance magnétique [IRM]), de céphalées chronifiées d'origine indéterminée (probables céphalées tensionnelles dans cadre d'un état anxio-dépressif avec somatisation douloureuse) et de douleurs de l'épaule droite récidivantes (pour lesquelles une arthro-CT réalisée au mois de septembre 2019 révélait une arthrose acromio-claviculaire, mais sans atteinte de la coiffe des rotateurs ni calcifications). Ces experts ont indiqué, dans l'évaluation consensuelle du 12 février 2020, ce qui suit (sic) : « 4. EVALUATION CONSENSUELLE 4.1 Evaluation médicale interdisciplinaire [...] Les troubles au niveau de l'épaule droite en rapport avec une tendinite calcifiante ne sont pas mis en évidence à ce jour, ils n'étaient pas davantage présents à l'arthroscanner du 27.09.2019. [...] nous n'avons pas d'éléments cliniques et paracliniques en direction d'un processus neurologique pathologique expliquant les cervico-brachialgies et les

lombosciatalgies. En ce qui concerne les épisodes d'hémi syndrome sensitivo-moteur droit, là encore, nous n'avons aucun élément clinique et paraclinique permettant d'expliquer ces troubles de façon probable ou certaine par une pathologie neurologique. Comme l'ont évoqué les neurologues amenés à examiner R. _____, on peut évoquer l'éventualité de Cluster Headaches, de migraines ou d'autres formes de céphalées somatogènes, mais il faut bien dire que, dans le contexte global, l'atypie des maux de tête et leur chronicité évoqueraient plus des céphalées tensionnelles entrant dans le cadre d'un état anxio-dépressif / d'un trouble douloureux somatoforme. Par ailleurs, le syndrome douloureux que présente R. _____ ne peut être expliqué dans tous ses aspects par la présente expertise rhumatologique. Les critères pour poser le diagnostic de fibromyalgie ne sont pas retrouvés. En effet, on note la présence de 10 / 18 de point de fibromyalgie, mais noyés au milieu d'autres points douloureux étagés non spécifiques, ne permettant pas de retenir ce diagnostic. A noter que lors des expertises précédentes, une évaluation psychiatrique a joué un rôle dans la détermination de la capacité de travail. Il n'y a pas d'avis psychiatrique dans cette expertise. [...] 4.4 Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence Il conviendrait d'avoir l'avis d'un psychiatre sur la situation psychique actuelle de R. _____ et la participation éventuelle du psychisme sur les troubles « somatiques ». 4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge Les ressources somatiques semblent présentes, mais un avis d'un psychiatre serait souhaitable pour le reste. [...]

- 16 - 4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée 70 % 4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout) Dans un poste de travail adapté, sa capacité de travail est de 100 % car il n'y a pas d'éléments objectifs pour justifier d'une diminution du temps de travail, mais une diminution de rendement de 30 % est à prendre en compte en raison des changements de positions très fréquents nécessaires, et ce dès le 13.06.2011 ». Dans le rapport neurologique du 12 février 2020, le Dr M. _____ a en particulier relevé qu'au cours de l'examen, l'assurée lui avait indiqué qu'elle s'estimait totalement incapable d'assumer son activité professionnelle préalable, ainsi qu'une autre activité professionnelle. Cet expert a considéré que dans le contexte global des cervico-brachialgies, des lombosciatalgies et des céphalées, il existait d'assez nombreux éléments évoquant chez cette patiente un syndrome somatoforme douloureux expliquant au moins en partie les maux de tête et les hémi syndromes récidivants sensitivo-moteurs droits, ainsi que les cervico-brachialgies et les lombosciatalgies. A teneur de son rapport rhumatologique du 12 février 2020, la Dre D. _____ a mentionné que l'expertisée lui avait expliqué que suite aux douleurs chroniques et à différents problèmes dans sa vie personnelle, notamment son divorce et la perte de son emploi, elle avait développé en 2011 un état dépressif, avait été suivie par des psychiatres depuis 2011 pendant deux à trois ans, puis interrompu son traitement en raison d'une amélioration. Cette experte a constaté que les ressources somatiques semblaient présentes, mais qu'un avis psychiatrique était souhaitable pour le reste. Dans un rapport SMR du 23 mars 2020, la Dre P. _____ a, dans un premier temps, indiqué que dans son rapport du 29 mars 2019, le Prof BB. _____ ne mentionnait pas d'atteinte psychologique. Dans un second temps et s'agissant du rapport d'expertise du 12 février 2020, la médecin-conseil a relevé que, si la capacité de travail était estimée à 70 %

- 17 - depuis le 13 juin 2011 sur le plan purement neurologique et rhumatologique, les experts suggéraient qu'un avis psychiatrique soit requis, au motif d'une éventuelle

participation psychiatrique aux troubles somatiques. Selon la Dre P. _____, dès lors que l'assurée pouvait assumer son quotidien (en outre, sortir et promener son chien, faire un peu de ménage et de cuisine, faire quelques trajets en voiture, lire énormément, pratiquer des exercices de méditation et de respiration et s'occuper des tâches administratives), ainsi que de l'absence d'un séjour hospitalier spécifique et de documents médicaux attestant un changement de l'état de santé psychologique / psychiatrique depuis le mois d'octobre 2017 – c'est-à-dire à la date de la dernière expertise pluridisciplinaire comportant un volet psychiatrique –, il fallait admettre que l'état de santé psychique était stationnaire depuis le mois d'octobre 2017. g) Par décision du 8 avril 2020, l'OAI a confirmé son préavis du 29 novembre 2018 et octroyé à l'assurée le droit à un quart de rente dès le 1er juin 2012. Il a considéré que l'intéressée présentait une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 14 juin 2011, et qu'à l'échéance du délai d'attente légal d'une année, soit le 14 juin 2012, l'incapacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle. Toutefois, une capacité de travail de 70 % pouvait raisonnablement être exigée dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles. Après comparaison du revenu sans invalidité (soit un montant de 74'742 fr. 40 en 2012, celui-ci ne prenant en compte que le revenu perçu auprès de N. _____ SA) et du gain avec invalidité (estimé à 41'394 fr. 34 en 2012, sur la base des données salariales de l'Office fédéral de la statistique s'agissant d'une femme pouvant exercer des activités non qualifiées du domaine de la production et des services), sans application d'un abattement supplémentaire, le degré d'invalidité de l'intéressée s'élevait à 44.62 %, arrondi à 45 %. Ce taux d'invalidité ouvrait dès lors le droit à un quart de rente. B. Par acte du 19 mai 2020, R. _____, représentée par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 8 avril précédent. Elle a conclu,

- 18 - principalement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour reprise de l'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants ; subsidiairement, à sa réforme, en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit octroyée dès le 1er juin 2012, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1er juin 2014 ; plus subsidiairement, à sa réforme en ce sens que des mesures professionnelles lui soient accordées. A titre de mesures d'instruction, la recourante a requis, à titre principal, qu'une expertise pluridisciplinaire neurologique, rhumatologique et psychiatrique soit mise en œuvre, et, à titre subsidiaire, qu'un complément d'expertise soit ordonné. En substance, elle a relevé, dans un premier moyen, que l'instruction était incomplète. L'intimé aurait dû examiner les conséquences de l'atteinte à la santé psychique sur la capacité de travail résiduelle, par le biais d'une expertise psychiatrique, tel que cela avait été requis par les experts du I. _____ dans leur rapport du 12 février 2020. A cet égard, la recourante a ajouté que l'avis SMR du 23 mars 2020 de la Dre P. _____ ne pouvait pas se voir reconnaître de valeur probante, car il était lacunaire sur le plan psychiatrique. Dans un deuxième moyen subsidiaire, la recourante a fait valoir que, si on devait considérer qu'elle disposait d'une capacité de travail résiduelle, des mesures professionnelles devaient être ordonnées. Dans un ultime moyen, elle a contesté le revenu sans invalidité pris en compte par l'intimé. Dans sa réponse du 13 juillet 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a en substance renvoyé à l'expertise bidisciplinaire du 12 février 2020 et aux avis SMR des 30 octobre 2017, 12 août 2019 et 23 mars 2020 de la Dre P. _____. Il a fait valoir que ces dernières appréciations avaient une plus grande valeur probante que les différents avis des médecins-traitants de la recourante. Par ailleurs, l'intimé a produit un nouvel avis SMR du 6 juillet 2020 de la Dre P. _____, laquelle prenait position sur l'état psychologique / psychiatrique de l'intéressée. Se référant

aux différents rapports rendus entre 2011 et 2017 par les médecins de l'assurée, elle s'est rapportée en détails aux constatations et conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du 13 octobre 2017, laquelle contenait un volet psychiatrique dont il ressortait que la compliance médicamenteuse était

- 19 - douteuse et que l'assurée elle-même reconnaissait « qu'elle n'avait pas de réelle demande de soins psychiatriques ». Cette médecin-conseil a, en sus, mis en évidence l'absence, depuis l'expertise psychiatrique susdite, de documents médicaux attestant un suivi psychiatrique régulier, un séjour psychiatrique et un éventuel changement (dans le sens d'une péjoration) de l'état psychologique / psychiatrique qui justifierait une incapacité de travail purement psychiatrique, même de courte durée. De surcroît, l'intéressée pouvait assumer ses activités quotidiennes. Pour toutes ces raisons, la Dre P._____ avait conclu que l'état de santé psychiatrique était stationnaire et stabilisée depuis la dernière évaluation psychiatrique du mois d'octobre 2017, et qu'il n'existait pas d'argument pour justifier qu'une évaluation psychiatrique ait dû être requise dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire confiée au I._____. Par réplique du 25 août 2020, la recourante a maintenu ses conclusions et exposé que la Dre P._____ n'expliquait pas, dans son avis SMR du 6 juillet 2020, pour quel motif elle n'avait pas suivi la recommandation des experts du I._____ de procéder à un complément d'expertise psychiatrique. Dans sa duplique du 16 septembre 2020, l'intimé a également confirmé ses conclusions. Par courrier du 9 octobre 2020, la recourante a réitéré sa requête relative à la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire comprenant des volets neurologique, rhumatologique et psychiatrique, subsidiairement d'un complément d'expertise. E n d r o i t : 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

- 20 - 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. 2. Est en l'espèce litigieuse la question du droit à une rente d'invalidité. 3. a) 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 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. b) 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,

- 21 - au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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). 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

- 22 - 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). c) 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). 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 (ATF 141 V 281 consid. 3.7). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

- 23 - d) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées). 5. En l'espèce, la recourante fait valoir, dans un moyen principal, que l'intimé a violé son obligation d'instruire en ne mettant pas en œuvre un complément d'expertise psychiatrique, tel que cela avait pourtant été requis par les experts du I._____ dans leur rapport d'expertise du 12 février 2020. a) Il est constant que la problématique psychiatrique a été soulevée dès la constitution du dossier en 2011, les premiers médecins en charge du dossier ayant observé un état dépressif important (cf. notamment les rapports du 7 novembre 2011 du Dr F._____, du 6 décembre 2011 de la Dre W._____ et du 31 janvier 2012 de la Dre U._____). Par la suite, la symptomatologie psychiatrique, mise en lien avec les douleurs physiques et les circonstances personnelles de la recourante, a été confirmée à réitérées reprises, à la fois par les médecins somaticiens et les psychiatres-traitants (cf. notamment les rapports du 4 novembre 2012 et 7 mai 2013 du Dr H._____, du 7 novembre 2013 de la Dre G._____, du 15 mai 2014 du Dr E._____, du 23 février 2015 du Dr Q._____ et du 28 avril 2015 du Dr J._____). Seul le Dr T._____ n'a pas fait état de symptôme de la lignée psychiatrique, au seul motif qu'il ne pouvait se prononcer sur cette question, ne connaissant pas suffisamment la recourante (cf. rapport du 17 juin 2015). Enfin, l'impact des troubles

- 24 - psychologiques a été reconnu par les experts du X._____ dans leur rapport du 13 octobre 2017. b/aa) On relève ensuite que, contrairement à ce qu'indique la recourante, le dernier examen complet sur le plan psychiatrique à avoir été réalisé n'est pas celui qui a donné lieu au rapport d'examen SMR du 29 août 2014 de la Dre A._____ et du Dr EE._____. Dans l'intervalle, une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie, a en effet été confiée aux experts du X._____, lesquels ont rendu leur rapport le 13 octobre 2017. Ce rapport d'expertise du X._____ s'avère conforme aux critères posés par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles psychiatriques (cf. consid. 4c supra). Il est fondé sur une anamnèse complète du dossier et sur les constatations cliniques objectives des experts, prend en compte les plaintes de la recourante, ainsi que ses ressources disponibles et mobilisables, et procède à un examen de la personnalité de l'intéressée, de ses possibilités de réadaptation, du contexte

social dans lequel elle évolue et de ses habitudes quotidiennes, des motifs d'exclusion, ainsi que des traitements mis en place ou à instaurer. Sur la base de ces éléments et après avoir examiné en détail les différents rapports médicaux antérieurs à son expertise – en particulier ceux du 7 mai 2013 du Dr H. _____ et du 15 mai 2014 du Dr E. _____, tous deux psychiatres-traitant –, l'expert psychiatre a été en mesure de poser le diagnostic d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (CIM-10 F 32.11), ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante, mais sans que des limitations fonctionnelles en lien avec ce trouble ne soient retenues. Ces conclusions sont dûment motivées, de sorte qu'il convient de leur reconnaître une pleine valeur probante. La recourante en convient, tout comme la Dre P. _____ dans son avis du 30 octobre 2017, qualifiant le rapport du X. _____ de détaillé et convaincant. bb) Si l'on revient sur le rapport d'expertise du 13 octobre 2017, on constate qu'il indiquait que la recourante considérait ne plus

- 25 - avoir une réelle demande de soins psychiatriques et qu'elle ne prenait plus un traitement psychotrope anxiolytique et antidépresseur à des doses reconnues comme thérapeutiques. Néanmoins, les experts relevaient clairement que l'épisode dépressif fluctuait dans le temps de léger à moyen, persistant et évolutif depuis 2011, de sorte qu'un suivi par un psychiatre et une adaptation du traitement antidépresseur devait avoir lieu. Le risque d'aggravation de la dépression ou d'une récurrence ultérieure plus intense ne pouvait par ailleurs être exclu, ce qui motivait d'autant plus les soins psychiatriques et psychothérapeutiques. Enfin, l'expert- psychiatre mentionnait qu'il n'était pas exclu que l'épisode dépressif, lorsqu'il était plus intense, puisse être à même d'augmenter les sensations douloureuses. On peut en déduire que, malgré l'appréciation subjective de la recourante relative à son propre trouble psychologique et à une éventuelle stabilisation de son état de santé, un suivi psychiatrique était toujours objectivement utile et nécessaire. A cet égard, on constate du reste que, dans une notre d'entretien du 29 août 2018, si la recourante a bien indiqué ne plus être suivie par un psychiatre, elle a également souligné que tel était le cas parce qu'elle n'était pas satisfaite de son suivi et qu'il était difficile pour elle de revenir sur les événements passés. Cela ne signifie donc pas encore qu'elle estimait ne plus avoir besoin d'un tel traitement en 2018. cc) Le caractère évolutif, fluctuant et persistant des troubles psychiatriques, ainsi que le laps de temps de trois ans écoulé depuis la dernière expertise psychiatrique du 13 octobre 2017, imposaient dès lors déjà à l'intimé de mettre en œuvre en 2020 des nouvelles mesures d'instruction relatives à l'état de santé psychiatrique de la recourante, afin de lever le doute pesant sur cette question. D'autres arguments plaident encore en ce sens. c/aa) S'agissant du rapport d'expertise bidisciplinaire du 12 février 2020 du I. _____, il convient tout d'abord de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il est en effet complet, revient notamment sur tous les diagnostics évoqués par le Prof BB. _____ dans son rapport du

- 26 - 29 mars 2019 – document qui, entre autre, avait justifié la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, tel que cela ressort de l'avis SMR du 12 août 2019 de la Dre P. _____ –, et prend en compte les plaintes de la recourante, est basé sur les résultats objectifs d'examen clinique – notamment des nouveaux rapports d'imagerie et de nouvelles IRM – ; il est ainsi dûment motivé et dénué de contradiction. Dès lors, il y a lieu d'écarter le grief soulevé par la recourante, à teneur duquel l'aspect somatique de ce rapport d'expertise du 12 février 2020 ne serait pas probant, puisqu'il ne prendrait pas en compte la péjoration de son état de santé – argument qui n'est, pour le surplus, pas étayé par l'intéressée. bb) Dans ce rapport d'expertise du 12 février 2020, les experts somaticiens n'ont pas manqué de

souligner, à juste titre, que lors des expertises précédentes, l'évaluation psychiatrique avait constitué un facteur important dans la détermination de la capacité de travail. Or leur rapport ne comportait pas d'avis psychiatrique, faute de mandat sur ce plan, absence que les experts ont précisément déplorée, faisant état de la nécessité de disposer d'un avis expertal spécialisé sur la situation psychique actuelle, afin d'être à même de déterminer, dans leur globalité, les ressources effectives de l'intéressée, les mesures de réadaptation envisageables et la participation éventuelle des atteintes psychiques sur les troubles somatiques. On note à cet égard que les experts du I. _____ sont parvenus à cette conclusion en ayant pris connaissance du rapport d'expertise du 13 octobre 2017 du X. _____, auquel ils font dûment référence. Ainsi, le Dr M. _____ précisait, dans son rapport neurologique et dans l'évaluation consensuelle du 12 février 2020, que des éléments évoquaient un état anxio-dépressif et, plus particulièrement, un syndrome somatoforme douloureux, ces diagnostics pouvant expliquer en partie au moins certaines pathologies d'ordre neurologique, notamment les céphalées, migraines ou cluster headaches. A cet égard, on observe que le premier rapport d'expertise multidisciplinaire du 13 octobre 2017, bien

- 27 - que contenant une expertise psychiatrique, ne comportait pas de volet neurologique. Dès lors, une analyse des interactions entre les diagnostics psychiatriques et neurologiques, dans le contexte d'un concilium global, n'avait pu être effectuée. L'examen du cas dans sa globalité s'avérait donc nécessaire. Au vu de l'avis motivé, éclairé et probant des experts du I. _____, il faut ainsi retenir que l'on ne pouvait se dispenser d'effectuer de nouvelles mesures d'instruction sur le plan psychiatrique. d) Cette nécessité ne saurait être battue en brèche par les rapports SMR des 23 mars et 6 juillet 2020 de la Dre P. _____, qui se borne à rappeler que le rapport du 29 mars 2019 du Prof BB. _____ ne mentionnait pas d'atteinte psychologique, que la recourante n'avait pas produit de documents médicaux attestant d'un changement médical au niveau psychiatrique depuis l'expertise menée par le X. _____, n'était plus suivie par un psychiatre, ne prenait plus de médicament et n'avait pas été hospitalisée, pour arriver à la conclusion que l'état de santé psychologique était stationnaire depuis le mois d'octobre 2017. La Dre P. _____ perd en effet de vue, d'une part, que le rapport d'expertise du 13 octobre 2017 retenait précisément que l'état dépressif était persistant et fluctuant, qu'il n'était pas exclu qu'il puisse s'aggraver et qu'un suivi en la matière était indispensable, et qu'une intensification de celui-ci puisse augmenter les sensations douloureuses, et, d'autre part, que le rapport d'expertise du 20 février 2020 tendait précisément à la mise en œuvre d'un complément d'expertise psychiatrique. Finalement, les considérations de la Dre P. _____ relatives au fait que la recourante pouvait assumer ses activités quotidiennes (notamment promener son chien, pratiquer des activités physiques ou s'adonner à la lecture) ne sont pas pertinentes. Aucun des experts n'a en effet indiqué que les troubles psychiatriques seraient de nature à empêcher la recourante de s'adonner à ces activités. Plus encore, dans le

- 28 - rapport d'expertise du 13 octobre 2017, les experts du X. _____ relevaient que la recourante continuait de pratiquer des activités qui lui apportaient de l'intérêt. Cela ne l'empêchait cependant pas de présenter une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables, ce qui correspondait à un symptôme somatique de la dépression. En l'occurrence, cet élément, combiné à d'autres, permettait certes d'exclure une dépression sévère, mais fondait le diagnostic d'épisode dépressif moyen. e) Par conséquent, le grief principal soulevé par la recourante selon lequel l'intimé est contrevenu

à son obligation d'instruire le dossier sur le plan psychiatrique, doit être admis. 6. Dans un moyen complémentaire, la recourante conteste encore le revenu sans invalidité retenu par l'intimé, lequel n'avait pas pris en compte le gain perçu dans le cadre de l'activité accessoire auprès de Z. _____ SA. a) Tant les revenus tirés d'une activité principale que les revenus obtenus par l'exercice d'une activité accessoire sont pris en compte dans la fixation du revenu sans invalidité, si on peut admettre que l'assuré aurait, selon toute vraisemblance, continué à percevoir ces gains accessoires s'il était resté en bonne santé (parmi d'autres, TF 9C_699/2008 du 26 janvier 2009 consid. 3.3 ; Margrit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 21 ad art. 16). Par ailleurs, selon la jurisprudence, il faut respecter le principe selon lequel l'assurance-invalidité, en tant qu'assurance contre l'incapacité de travail, ne couvre qu'une activité lucrative considérée comme normale et habituelle. Néanmoins, le total des revenus provenant d'un horaire de travail allant au-delà d'un taux de 100%, peut être pleinement pris en compte, dans le cas où l'assuré fait régulièrement des heures supplémentaires, est indépendant ou exerce un second emploi. En revanche, le total des revenus provenant de deux emplois parallèles économiquement équivalents et de même importance, n'est pris en

- 29 - considération que de manière réduite, soit en fonction d'un temps de travail de 100 % (TF I 433/06 du 23 juillet 2007 consid. 4.1.2, SVR 2008 IV n. 28 89 ; Margrit Moser-Szeless, ob. cit, ad art. 16 n 21). b) En l'espèce, il apparaît que la recourante accomplissait un horaire léger en lien avec son activité accessoire (cf. extrait de compte individuel du 14 août 2018 [la moyenne annuelle des gains accessoires, entre l'année 2006 et 2011, s'élevait à 2'800 fr. 60 ([4'169 + 3'256 + 3'578 + 2'099 + 2'303 + 1'399] / 6)], et les explications de l'intéressée, à teneur desquelles elle ne travaillait que durant les week-ends). Cette activité auxiliaire paraît ainsi ne pas être économiquement équivalente ou de même importance que l'activité principale, de sorte que le gain tiré de l'activité secondaire devrait être pris en compte pour déterminer le revenu sans invalidité de la recourante. De même, il apparaît hautement probable que cette dernière aurait maintenu son activité secondaire de coach sportive si elle avait été en bonne santé, cela même une fois le statut d'active augmenté de 50 % à 100 %, dès le 1er novembre 2011. En effet, au vu de son horaire réduit, l'activité secondaire aurait pu être poursuivie, en sus d'un emploi principal exercé à 100 %, respectivement pour parvenir à un taux d'activité totale de 100 % (activité principale comprise). En effet, la recourante s'est séparée de son époux, circonstance qui avait précisément justifié le passage d'un statut d'active de 50 % à 100 %, de sorte que ses besoins financiers s'en sont retrouvés augmentés. Finalement, le caractère non significatif du gain secondaire ne permet pas, à lui seul, d'ignorer un tel revenu, même si celui-ci est modeste et n'aurait que peu d'incidence sur le degré d'invalidité. 7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a

- 30 - contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'espèce, il ressort des

considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire – ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué – et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG). Une investigation expertale actualisée sur le plan psychiatrique s'avère nécessaire. Il appartient à l'intimé d'y procéder, soit en mettant en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire comportant, à tout le moins, un volet psychiatrique et neurologique, soit en invitant le I. _____ à procéder à un complément d'expertise sur le plan psychiatrique, puis à compléter en conséquence son rapport d'expertise du 20 février 2020 par un concilium général sur l'état de santé global de la recourante. 8. a) Eu égard à ce qui précède, le recours interjeté par R. _____ est admis. Partant, la décision du 8 avril 2020 est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction, puis nouvelle décision dans le sens des considérants. b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe. Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de

- 31 - participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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