

VD_GERICHTE ZD20.027502 vom 10. Mai 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-05-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.027502

FR: VD_GERICHTE ZD20.027502 du 10 mai 2022

IT: VD_GERICHTE ZD20.027502 del 10 maggio 2022

Erwägungen

E. 15

novembre 2016 de la Dre X. _____, spécialiste en chirurgie, l'OAI a considéré que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision rendue. Par acte du 16 février 2017, l'assurée, désormais représentée par son conseil, Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne, a déféré la décision du 18 janvier 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Statuant par arrêt du 12 juin 2018 (AI 53/17 – 167/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours, annulé la décision du 18 janvier 2017 de l'OAI et renvoyé la cause pour que cet office entre en matière sur la demande de prestations du 6 avril 2016 de l'assurée. En substance, la Cour des assurances sociales a retenu qu'on ne pouvait considérer que la situation décrite par les Dres N. _____ et H. _____ dans leur rapport du 19 août 2015 était superposable à celle ressortant du rapport SMR du 24 novembre 2008. En particulier, ce rapport du 19 août 2015 ne pouvait être écarté au seul motif que les diagnostics d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques et de troubles somatoformes douloureux posés par les Dres N. _____ et H. _____ n'avaient pas été retenus dans l'arrêt du 28 septembre 2011.

- 5 - b) Parallèlement à la procédure judiciaire de recours AI 53/17 – 167/2018, l'assurée a, par courrier du 24 avril 2017, transmis à l'OAI différentes pièces médicales, dont un rapport du 17 avril 2017 du Dr A. _____, spécialiste en médecine interne. Ce médecin diagnostiquait un syndrome de Sjörger, ignoré jusque-là, lequel participait certainement aux douleurs musculaires et articulaires diffuses, ainsi qu'aux infections urinaires à répétition de l'assurée. Ce syndrome pouvait également générer une fatigue et un épuisement chronique, lesquels contribuaient vraisemblablement à l'état dépressif. Compte tenu de ces nouvelles informations, ce médecin estimait que la capacité de travail de l'assurée était nulle. Dans ses déterminations du 13 juillet 2017, l'OAI a indiqué considérer le courrier du 24 avril 2017 de l'assurée comme une nouvelle – et donc cinquième – demande de prestations, qu'il avait entrepris d'instruire au fond. Dans un rapport du 26 septembre 2017, la Dre O. _____, spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un syndrome de Sjögren, une gonarthrose et un état anxio-dépressif. Elle a retenu, à titre de limitations fonctionnelles, des douleurs articulaires (inflammations liées au syndrome de Sjögren, mécaniques sur gonarthrose), une asthénie et des troubles de la concentration, lesquels se manifestaient au travail sous forme de fatigabilité et de mobilité très réduite. Ce médecin a considéré que l'activité exercée n'était plus exigible et que l'on ne pouvait actuellement pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Par décision du 21 décembre 2017, l'OAI a refusé le droit à une rente d'invalidité à l'assurée.

Fondant son appréciation sur un avis SMR du

E. 20

octobre 2017 du Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale, l'OAI a estimé que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante.

- 6 - Par acte du 11 janvier 2018, l'assurée, sous la plume de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 21 décembre 2017. Statuant par arrêt du 12 juin 2018 (AI 13/18 – 168/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours, annulé la décision du 21 décembre 2017 de l'OAI et renvoyé la cause audit office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. En substance, la Cour des assurances sociales a retenu que l'avis SMR du 20 octobre 2017 du Dr R._____ n'était pas probant. Des mesures d'instruction supplémentaires étaient dès lors nécessaires pour confirmer (ou infirmer) les diagnostics somatiques posés par les Drs A._____ et O._____. L'instruction devait également s'étendre à l'état de santé psychiatrique de l'assurée, l'instruction du dossier menée ensuite de la cinquième demande de prestations du 24 avril 2017 n'ayant concerné que le nouveau diagnostic de syndrome de Sjögren, alors que l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé psychique, tel que cela avait été retenu par la Cour des assurances sociales dans son arrêt du 12 juin 2018 (AI 53/17 – 167/2018). F. Reprenant l'instruction de la cause, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec volets psychiatrique, immunologique, rhumatologique et de médecine interne générale, dont il a confié la rédaction au J._____ de [...]. Dans un rapport d'expertise du 21 août 2019, le Dr W._____, spécialiste en allergologie et immunologie clinique auprès des Hôpitaux AA._____ (ci-après : les Hôpitaux AA._____), a posé les diagnostics de syndrome de Sjögren primaire (diagnostiqué en 2017 ; avec syndrome sec, polyarthralgies, asthénie, vitesse de sédimentation [VS] élevée, ANA 1/80, anti-SSA négatif, test de Schirmer et sialométrie pathologiques, infiltration lymphoplasmocytaire des glandes salivaires accessoires de grade IV selon Chisholm et Mason [biopsie de mars 2017] et gastrite atrophique avec anticorps anti-cellules pariétales, sans carence en vitamine B12), d'incontinence urinaire avec urgence mictionnelle et

- 7 - infections urinaires à répétition, de troubles digestifs aspécifiques, d'omalgie droite sur rupture des rotateurs (avec opération au mois de février 2019), de syndrome métabolique avec hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète de type II non insulino requérant et obésité morbide, de syndrome d'apnée du sommeil appareillé, de trouble somatoforme douloureux (diagnostiqué en 1993), de gonarthrose et coxarthrose bilatérale, de maladie de Forestier (DISH) et d'hépatite B ancienne. Cet expert a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle de femme de ménage était nulle et précisé qu'il ne lui était pas possible d'évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, précisant toutefois qu'une activité non physique ou en position assise prolongée n'était pas envisageable. Dans un rapport d'expertise du 19 février 2020, les Drs P._____, spécialiste en médecine interne générale, U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et E._____, spécialiste en rhumatologie, médecins auprès du J._____, ont diagnostiqué un syndrome de Sjögren primaire (diagnostiqué en 2017 avec syndrome sec oculobuccal, polyarthralgies, asthénie, ANA 1/80, anti-SSA négatif, Test de Schirmer et sialométrie pathologiques, infiltration lymphoplasmocytaire des glandes salivaires accessoires de grade IV selon Chisholm et Mason [biopsie de mars 2017]), des cystites à répétition (cystite interstitielle), des troubles digestifs aspécifiques

(gastrite atrophique avec anticorps anti-cellules pariétales), des cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs, une périarthrite scapulo-humérale droite (sur déchirure du tiers moyen du tendon supra-épineux, capsulite inflammatoire chronique [arthro-IRM (ci-après : imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite du 6 janvier 2020] et status après intervention sur l'épaule droite le 14 février 2019 [réparation des tendons sus et supra-épineux, ténotomie du long chef du biceps et acromioplastie par arthroscopie]), des gonalgies à prédominance droite (sur gonarthrose bilatérale tricompartmentale en 2009), des coxalgies à prédominance droite (sur coxarthrose bilatérale [radiographies bassin face et axiale hanche droite du 10 juillet 2019]), des dorsolombalgies dans le cadre d'une maladie de Forestier (DISH) avec atteinte du rachis, du bassin et des pieds (en 2002) ainsi qu'un canal

- 8 - lombaire étroit en L4-L5, une tendinite chronique du tendon d'Achille à gauche et discrètes lésions dégénératives de la cheville (IRM de la cheville gauche du 4 décembre 2019) avec fasciite plantaire clinique actuelle, un trouble dépressif récurrent, réactionnel, actuellement d'intensité légère, un trouble douloureux somatoforme persistant, une accentuation de traits de personnalité (dépendante, abandonnique et histrionique), un syndrome d'apnée du sommeil appareillé (existant depuis 2011), un syndrome d'hyperventilation chronique, une obésité de type III (avec un indice de masse corporel [BMI] de 41 kg / m²), un diabète de type 2 (traité) et une hypertension artérielle (traitée). Ces différentes atteintes engendraient un certain nombre de limitations fonctionnelles (changements de position possibles ; pas de position statique assis de plus de 15 minutes ; pas de station statique debout ; pas de déplacement ; pas de port de charge ; pas de travail en hauteur avec les bras ; pas de position prolongée et/ou de mouvement itératif contraignant pour le rachis cervical ou dorsolombaire en flexion / extension / inclinaison / rotation de la nuque, respectivement du tronc ; pas de travail avec des engins émettant des vibrations à basses fréquences ; pas de travail les bras en hauteur ; pas d'efforts physiques ni de travail répétitif impliquant les articulations périphériques ; environnement tempéré ; pas de travail impliquant de la concentration avec les yeux). Les experts ont retenu que l'ancienne activité d'employée aux nettoyages n'était plus exigible, relevant qu'il était toutefois impossible de dater le début de cette inexigibilité, l'expertisée n'ayant pas repris d'activité professionnelle depuis plus d'une vingtaine d'années. En revanche, ils ont considéré que, dans une activité adaptée, l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail, ceci depuis toujours. Néanmoins, ils lui ont reconnu une perte de rendement de 30 % à compter du mois d'avril 2017 pour des raisons rhumatologiques dans le cadre de la maladie de Sjögren et des troubles dégénératifs (polyarthrose et maladie de Forestier). Par projet de décision du 27 avril 2020, l'OAI a informé l'assurée entendre lui refuser le droit à une rente d'invalidité.

- 9 - Le 14 mai 2020, l'assurée, toujours représentée par son conseil, a contesté ledit projet de décision, considérant son incapacité de travail comme étant totale dans toutes activités. Par décision du 16 juin 2020, au motif que le taux d'invalidité, fixé à 34 %, était insuffisant pour ouvrir le droit à cette prestation, l'OAI a nié le droit à une rente d'invalidité à l'assurée. Reconnaisant que cette dernière ne pouvait plus exercer son activité habituelle à compter du mois d'avril 2017, l'OAI a cependant considéré que, dès cette époque, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, soit un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger (par exemple, le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, en tant qu'ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement ou en tant qu'assistante dans une activité de

scannage) et respectant ses limitations fonctionnelles (alternance des positions assis / debout ; pas de position statique assis supérieure à 15 minutes ; pas de station statique debout ; pas de déplacement ; pas de port de charge ; pas de travail en hauteur avec les bras ; pas de position prolongée et / ou de mouvement itératif contraignant pour le rachis cervical ou dorsolombaire en flexion / extension / inclinaison / rotation de la nuque, respectivement du tronc ; pas de travail avec des engins émettant des vibrations à basse fréquence ; pas de travail les bras en hauteur ; pas d'efforts physiques ni de travail répétitif impliquant les articulations périphériques ; environnement tempéré ; pas de travail impliquant de la concentration avec les yeux). G. a) Par acte du 15 juillet 2020, F. _____, représentée par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 16 juin 2020, concluant à sa réforme dans le sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit octroyée avec effet dès le 1er avril 2017 ou, subsidiairement, dès dire de justice. En substance, elle a allégué que l'exercice d'une activité adaptée n'était pas exigible, compte tenu de ses atteintes à la santé, de ses limitations fonctionnelles et de ses circonstances personnelles (âge, absence de formation et absence d'expérience).

- 10 - b) Dans sa réponse du 9 septembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours, se prévalant de la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 19 février 2020. c) Répliquant le 28 janvier 2021, F. _____ a notamment produit un rapport du 27 janvier 2021 de la Dre BB. _____, spécialiste en rhumatologie, à teneur duquel ce médecin posait le nouveau diagnostic de spondylarthropathie inflammatoire axiale et périphérique de type rhumatisme psoriasique sine psoriasis et confirmait le diagnostic de syndrome de Sjögren. Elle contestait par ailleurs l'évaluation de la capacité de travail effectuée par les experts, estimant que sa patiente était totalement incapable de travailler dans une quelconque activité, compte tenu de ses limitations fonctionnelles (travail des membres supérieurs au-dessus de l'horizontal ; pas de travail répétitif des membres supérieurs ; pas de manutention fine des objets ; pas de marche prolongée et sur terrain instable ; pas de position statique maintenue [assise et debout] ; pas de position à genou ; pas de travail accroupi ; éviter toutes les évictions rachidiennes sursollicitant la colonne cervicale et la région lombaire ; pas de port de charges de plus de 5 kg ; pas d'environnement stressant ; pas de travail au froid ; pas de travail avec rendement ; endurance très limitée). d) Dupliquant en date du 26 février 2021, l'OAI a considéré que les explications de la Dre BB. _____ n'étaient pas suffisantes pour remettre en question la valeur probante de l'expertise. e) Dans ses déterminations du 10 mars 2021, F. _____ a produit un rapport d'IRM du 16 février 2021, lequel venait, selon elle, confirmer l'appréciation du 27 janvier 2021 de la Dre BB. _____. f) Se déterminant le 31 mars 2021, l'OAI a souligné que l'évolution médicale postérieure à la date de la décision litigieuse n'avait pas à être prise en compte.

- 11 - g) Le 8 juillet 2021, F. _____ a porté de nouvelles pièces médicales au dossier. h) Dans ses déterminations du 18 août 2021, l'OAI s'est rangé aux conclusions de l'avis SMR du 11 août 2021 du Dr T. _____, spécialiste en médecine du travail, lequel retenait que les nouveaux éléments médicaux produits n'étaient pas de nature à jeter le doute sur l'appréciation des experts, respectivement que l'aggravation décrite depuis 2021 était vraisemblablement intervenue après la décision du 16 juin 2020. i) Le 7 octobre 2021, F. _____ a déposé d'ultimes déterminations. E n d r o i t : 1. a) La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 de la loi

fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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 de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement le taux d'invalidité à la base de cette prestation.

- 12 - 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 (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 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). 4. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée

- 13 - que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision

au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3). 5. 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

- 14 - 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 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). 6. En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est péjoré dans une mesure susceptible de modifier l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative depuis la précédente décision au fond, à savoir celle rendue le 23 mars 2009 par l'intimé et confirmée par la Cour de céans dans son arrêt du 28 septembre 2011 (AI 235/09 – 441/2011).

- 15 - Dans cet arrêt, la Cour de céans avait retenu, sur le plan somatique, une légère progression de la maladie de Forestier (déjà connue), une discarthrose L4-L5 et L5-S1 et une uncarthrose pluri-étagée (voir le rapport du 3 septembre 2009 des Dres DD. _____, spécialiste en médecine interne générale, et EE. _____, médecin). A cette époque, de nombreux spécialistes (orthopédiste et rhumatologue) avaient été consultés et n'avaient pas été en mesure d'établir une corrélation directe entre l'atteinte somatique et les plaintes de la recourante. En effet, les radiographies, scanners et IRM dorso-lombaires avaient permis d'exclure une atteinte sévère, sans toutefois expliquer les douleurs de la recourante (voir le

rapport du 15 juillet 2008 des Drs CC._____ et L._____, tous deux spécialistes en médecine interne générale). Ainsi, la question centrale était celle de l'existence d'un syndrome somatoforme douloureux ou, éventuellement, d'une fibromyalgie, l'ensemble des praticiens consultés ayant établi l'un de ces diagnostics (voir notamment les rapports des 14 mai 2007 [recte : 2008] et 4 décembre 2009 du Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie ; cf. rapport du 27 juin 2008 des Drs B._____ et G._____). Sur le plan psychiatrique, la Cour de céans avait pris en compte le seul diagnostic non incapacitant de dysthymie sur la base du rapport SMR du 24 novembre 2008, lequel était probant. En revanche, le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques avait été écarté. En effet, dans son rapport SMR du 24 novembre 2008, la Dre I._____ exposait que le status psychiatrique décrit dans le rapport du 27 juin 2008 des Drs B._____ et G._____ ne remplissait pas les critères d'un trouble dépressif récurrent, la recourante ne présentant pas de diminution de l'intérêt et du plaisir, de trouble de la concentration et de l'attention, d'idées de culpabilité ou de dévalorisation, de diminution de l'appétit, ni d'idées suicidaires. De surcroît, l'examen clinique psychiatrique ne montrait pas de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de

- 16 - limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. Ces éléments permettaient de conclure à un diagnostic de dysthymie, dont la sévérité était insuffisante, d'une part, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen et, d'autre part, pour établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence relative à la reconnaissance du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux. Par conséquent, la Cour de céans avait également écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. 7. Afin de déterminer si la situation de la recourante sur les plans somatique et psychiatrique a évolué, il convient d'examiner en premier lieu le rapport d'expertise du 19 février 2020 établi à la demande de l'intimé. a) Sur le plan formel, les experts ont tous individuellement rencontré la recourante, examens ayant fait l'objet de quatre rapports détaillés, puis confronté leurs conclusions au cours d'une conférence qui a fait l'objet d'un rapport de synthèse dans lequel ils ont consensuellement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. De surcroît, les experts ont fondé leur appréciation sur le dossier médical de la recourante, lequel a été intégralement examiné, et ont procédé à une anamnèse familiale, personnelle et professionnelle, ainsi qu'à une analyse du contexte psychosocial dans lequel la recourante évoluait. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. Ils ont en particulier fait état de manière circonstanciée de ses plaintes et les ont prises en compte dans leur appréciation. Dès lors, il est constaté que le rapport d'expertise est complet, structuré et clair. La critique de la recourante selon laquelle les experts n'avaient pas strictement distingué dans la liste des diagnostics ceux ayant ou non une incidence sur la capacité de travail est infondée. En effet, il ressort clairement des explications des experts que les seuls diagnostics incapacitants, respectivement induisant des limitations

- 17 - fonctionnelles relevaient de la maladie de Sjögren et des troubles dégénératifs, soit la polyarthrose et la maladie de Forestier. De même, l'expert en médecine interne a précisé que l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, le syndrome d'apnée du sommeil associé au

syndrome d'hyperventilation chronique, l'obésité de type III, la stéatose hépatique, la gastrite atrophique avec anticorps anti-cellules pariétales, les cystites à répétition et l'ancienne hépatite B n'avaient pas d'influence incapacitante. Quant à l'experte psychiatre, elle a expressément indiqué qu'aucun des diagnostics psychiatriques n'était invalidant. b) Sur le plan psychiatrique, la Dre U. _____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, réactionnel, actuellement d'intensité légère, de trouble douloureux somatoforme persistant et d'accentuation de traits de personnalité (dépendant, abandonnique et histrionique). La recourante exposait avoir l'impression que ses états douloureux et dépressif se péjoraient, sa plainte principale demeurant toutefois une fatigue importante associée à des douleurs diffuses ; des troubles du sommeil importants étaient relevés. La recourante mentionnait en particulier que ses difficultés psychiques, tout comme ses problèmes de dos, remontaient à la naissance de sa fille en 1993 – soit son sixième enfant, lequel n'était pas désiré –, accouchement durant lequel elle avait reçu une péridurale qu'elle avait très mal supportée. La recourante indiquait également être déprimée la plupart du temps et avoir des idées suicidaires fréquentes (surtout lorsque les douleurs devenaient insupportables), tout en ajoutant qu'il lui était arrivé de vouloir « passer à l'acte » (en avalant des médicaments), mais que ses enfants l'en avaient empêchée. Sur question de l'experte, la recourante précisait toutefois ne jamais être passée à l'acte suicidaire. Par ailleurs, la recourante craignait le départ du domicile familial de son sixième enfant, celle-ci représentant une aide précieuse, et relatait le précédent départ de son cinquième enfant, laquelle n'avait depuis lors plus jamais donné de signes de vie.

- 18 - Or force est de constater que les Dres N. _____ et H. _____, dans leur rapport du 19 août 2015, avaient fait état de plaintes similaires, soit la présence de douleurs physiques, la thymie abaissée avec des troubles du sommeil, l'accouchement d'un enfant non désiré vécu comme un événement traumatisant, la crainte de la recourante d'être abandonnée par ses proches et son besoin que ceux-ci s'occupent d'elle, ainsi que les idées suicidaires récurrentes scénarisées (par ingestion excessive de médicaments). L'experte psychiatre a par ailleurs observé, lors de son examen clinique, que la collaboration était bonne, mais que des signes d'irritabilité et de frustration étaient présents dès le début de l'entretien. L'attitude était plaintive et démonstrative. Le champ de la pensée était rétréci et centré sur les douleurs ainsi que sur le besoin de l'aide d'autrui, avec un contenu projectif marqué. Il était difficile de mobiliser les ressources de mentalisation interne de la recourante, la pensée restant opératoire et centrée sur des éléments concrets et des solutions externes. La recourante présentait en outre une absence d'attitude d'écoute, de perplexité ou de soliloque. L'humeur était euthymique à légèrement abaissée. Enfin, la recourante ne présentait pas de sentiment de culpabilité massif, de difficultés de se projeter dans l'avenir, d'idées suicidaires et de signes d'anxiété visibles. Sur la base de l'anamnèse et de son examen clinique, l'experte psychiatre a, premièrement, retenu un trouble dépressif récurrent, réactionnel, actuellement d'intensité légère, en raison d'une baisse de thymie non constante, d'un élan vital partiellement conservé, d'une fatigue et d'une réduction d'énergie, de difficultés de concentration, de perte d'espoir et occasionnellement d'idées noires. La recourante ne présentait en revanche pas de ralentissement psychomoteur, de retrait social massif, de dévalorisation ou sentiment de culpabilité injustifiés ou d'idées suicidaires scénarisées, l'experte psychiatre ayant précisé que les troubles cognitifs étaient peu manifestes lors de l'examen clinique. Deuxièmement, l'experte a diagnostiqué un trouble douloureux somatoforme persistant, la symptomatologie algique et l'asthénie

- 19 - prédominant le tableau clinique. Troisièmement, elle a retenu des traits de personnalité de type dépendant et abandonnique, tout en excluant un trouble de la personnalité prémorbide. La recourante maintenait en effet une attitude coercitive et était en demande d'assistance de ses tiers, avec des propos culpabilisants envers sa fille, des menaces suicidaires à répétition nécessitant une intervention de ses enfants et une irritabilité nécessitant de son entourage de se comporter avec précaution. De surcroît, des traits histrioniques étaient clairement présents, avec une démonstrativité et une tendance à la conversion, les plaintes présentées correspondant fréquemment à ce que la recourante s'imaginait pouvoir être la cause de ses atteintes plutôt qu'à une pathologie réelle (par exemple, une séquelle d'une anesthésie péridurale). Pour autant, l'experte psychiatre a relevé que la recourante présentait un fonctionnement rigidifié permettant peu de flexibilité et une pensée opératoire avec des capacités de mentalisation réduites. Elle ne s'adaptait ainsi pas facilement aux changements. De surcroît, la recourante dépendait largement de son entourage pour les tâches domestiques et pour les accompagnements extérieurs, ne se déplaçant pas seule. Enfin, sa capacité de résistance était diminuée. Toutefois, la recourante pouvait tenir une conversation et établir un contact avec des tiers, malgré une attitude défensive et projective vis-à-vis d'autrui, planifier et structurer ses tâches journalières, lesquelles étaient peu variées et répétitives, ainsi que tenir son hygiène personnelle. L'experte psychiatre faisait également état d'une incohérence entre le degré de dépendance de la recourante à son entourage, son degré de fatigue et ses difficultés de « mise en activité » en lien avec ses plaintes psychiatriques, suggérant que les traitements à base de cortisone ou une maladie auto-immune pouvaient mieux expliquer cette asthénie. Le comportement très démonstratif et majorant laissait néanmoins supposer une majoration de l'intensification de la symptomatologie, en particulier sur le plan somatique.

- 20 - Au final, la Dre U. _____ a retenu l'existence d'une pleine capacité de travail, compte tenu de l'absence de diagnostics psychiatriques invalidants au long cours. c) Sur le plan somatique, il est admis que la recourante présente de multiples atteintes objectivées de l'appareil locomoteur. En effet, sur la base de l'anamnèse, de ses constatations objectives et de l'iconographie radiologique – des IRM et des radiographies actualisées ayant été requises à l'occasion de l'expertise –, la Dre E. _____ a, tout d'abord, confirmé le diagnostic de dorsolombalgies dans le cadre d'une maladie de Forestier, ce trouble étant déjà connu au 23 mars 2009, avec des atteintes du rachis, du bassin et des pieds, ainsi qu'un canal lombaire étroit en L4-L5 et une hernie discale L4-L5 sans compression. Cette experte a ensuite mentionné de nouveaux diagnostics en comparaison avec l'état de santé de la recourante au 23 mars 2009, à savoir : - un syndrome de Sjögren primaire (cf. rapports du 17 avril 2017 du Dr A. _____ et du 26 septembre 2017 de la Dre O. _____) ; - des cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs (cf. rapports d'IRM cervicale du 7 février 2017 et d'IRM du rachis complet et des articulations sacro-iliaques du 2 décembre 2019) ; - une périarthrite scapulo-humérale droite sur déchirure du tiers moyen du tendon supra-épineux, capsulite inflammatoire chronique (cf. rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 6 janvier 2020), status post- intervention sur l'épaule droite effectuée le 14 février 2019 ; - des gonalgies à prédominance droite sur gonarthrose bilatérale tricompartmentale (voir les rapports du 3 septembre 2009 des Drs DD. _____ et EE. _____, du 4 décembre 2009 du Dr K. _____, du 15 avril 2014 du Dr FF. _____, spécialiste en rhumatologie, et du 26 septembre 2017 de la Dre O. _____) ;

- 21 - - des coxalgies à prédominance droite sur coxarthrose bilatérale (cf. radiographie bassin face et axiale hanche droite du 10 juillet 2019) ; - une tendinite chronique du tendon d'Achille à gauche et discrètes lésions dégénératives de la cheville (cf. rapport d'IRM de la cheville gauche du 4 décembre 2019) avec fasciite plantaire clinique actuelle. Les experts ont considéré que, malgré tous ces diagnostics, l'état global musculo-squelettique était loin d'être catastrophique, en l'absence de contracture musculaire par rachidienne ou de synovite articulaire et en présence d'une mobilité rachidienne et articulaire périphérique conservée. Les multiples atteintes rhumatologiques n'empêchaient pas la recourante d'exercer à 100 %, moyennant une perte de rendement de 30 % dès le mois d'avril 2017, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. d) Cette appréciation a été remise en cause par la Dre BB. _____, laquelle a avancé, dans son rapport du 27 janvier 2021, que la recourante pouvait également souffrir d'un rhumatisme psoriasique et n'était pas en mesure d'exercer une quelconque activité professionnelle. Si les investigations récentes mises en œuvre par la Dre BB. _____ ouvrent à l'évidence de nouvelles perspectives quant à la compréhension de la problématique et quant à la prise en charge thérapeutique, elles ne justifient cependant pas en l'espèce d'ordonner une nouvelle expertise afin de compléter l'instruction. Il n'y a en effet pas lieu d'examiner dans le détail le bien-fondé des conclusions rendues par ce médecin, car le recours doit, quoi qu'il en soit, être admis pour un autre motif. 8. a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des

- 22 - perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; 110 V 273 consid. 4b ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 ; TF 9C_984/2008 du 4 mai 2008 consid. 6.2 ; TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329 ; TFA I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 8C_150/2013 cité ; TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246) b) En l'occurrence, les experts ont consensuellement mis en évidence les limitations fonctionnelles suivantes : changements de position possibles ; pas de position statique assise supérieures à 15 minutes ; pas de station statique debout ; pas de déplacement ; pas de port de charge ; pas de travail en hauteur avec

les bras ; pas de position prolongée et/ ou de mouvement itératif contraignant pour le rachis

- 23 - cervical ou dorsolombaire en flexion / extension / inclinaison / rotation de la nuque, respectivement du tronc ; pas de travail avec des engins émettant des vibrations à basses fréquences ; pas d'efforts physiques ni de travail répétitif impliquant les articulations périphériques ; environnement tempéré ; pas de travail impliquant de la concentration avec les yeux. De même, la Dre BB. _____, dans son appréciation du 27 janvier 2021, a mis en évidence des limitations relativement similaires, soit : pas de travail des membres supérieurs au-dessus de l'horizontal ; pas de travail répétitif des membres supérieurs ; pas de manutention fine des objets ; pas de marche prolongée et sur terrain instable ; pas de position statique maintenue (assise et debout) ; pas de position à genou ; pas de travail accroupi ; éviter toutes les évictions rachidiennes sursollicitant la colonne cervicale et la région lombaire ; pas de port de charges de plus de 5 kg ; pas d'environnement stressant ; pas de travail au froid ; pas de travail avec rendement ; endurance très limitée. Sur la base de ces éléments, le service de réadaptation de l'intimé a considéré que la recourante pouvait, dans un marché du travail équilibré, mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le domaine du montage, du contrôle ou de la surveillance d'un processus de production, en qualité d'ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, en qualité d'ouvrière dans le conditionnement ou encore comme assistante dans une activité de scannage. La Cour de céans peine à comprendre en quoi les exemples concrets d'activités mentionnés par le service de réadaptation de l'intimé seraient compatibles avec les nombreuses limitations fonctionnelles retenues par le corps médical et doute que cette problématique ait été examinée avec l'attention requise par les circonstances. A titre d'exemples, les activités de montage, contrôle ou surveillance impliquent, par essence, une concentration oculaire intense dont la recourante est privée. Les difficultés à maintenir durablement des positions de travail imposées (pas de position statique assise supérieurs à 15 minutes ; pas de position statique debout ; pas de position prolongée et / ou de mouvement

- 24 - itératif contraignant pour le rachis cervical ou dorsolombaire en flexion / extension / inclinaison / rotation de la nuque), l'impossibilité de se déplacer et de porter des charges ou encore le travail limité avec les membres supérieurs (pas de travail en hauteur avec les bras ; pas d'efforts physiques ni de travail répétitif impliquant les articulations périphériques) rendent quant à eux illusoirs l'exercice des activités telles que celles d'ouvrière à l'établi, d'ouvrière dans le conditionnement ou d'assistante dans une activité de scannage (pour autant que cette activité spécifique existe). Pour le reste, la Cour de céans ne voit pas quel type d'activité la recourante pourrait exercer au regard de l'ensemble des limitations fonctionnelles décrites. Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par le corps médical, il doit être admis que même en prenant en considération le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités d'un emploi adapté aux importantes limitations (en particulier au niveau de la mobilité) de la recourante n'apparaissent pas suffisantes pour qu'elle puisse mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative. Il convient ainsi de s'écarter de l'appréciation de l'intimé sur ce point et de retenir une incapacité de travail de 100 % dans toutes activités dès le mois d'avril 2017. Cette période correspond en effet au moment de l'aggravation significative de l'état de santé de la recourante, le diagnostic de syndrome de Sjögren ayant été posé à cette époque et les experts ayant considéré que la baisse de rendement de 30 % était applicable

dès cette période en raison des atteintes rhumatologiques de la recourante. c) Compte tenu d'une incapacité de travail totale dans toute activité de l'économie libre depuis le mois d'avril 2017, le degré d'invalidité se confond avec cette incapacité et s'élève à 100 %, sans qu'il ne soit nécessaire de procéder à une comparaison de revenus précisément chiffrée.

- 25 - d) Sur le vu de ce qui précède, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er avril 2018 (art. 28 al. 1 LAI). 9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision du 16 juin 2020 réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1er avril 2018. 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) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité 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 la mettre à la charge de la partie intimée.

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