

VD_GERICHTE ZD20.044934 vom 12. Oktober 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-10-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.044934

FR: VD_GERICHTE ZD20.044934 du 12 octobre 2021

IT: VD_GERICHTE ZD20.044934 del 12 ottobre 2021

Erwägungen

E. 6

En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire réalisée en février et mars 2018 au sein de la Policlinique G._____, laquelle a comporté des examens circonstanciés des aspects endocrinologique, psychiatrique, neurologique rhumatologique et de médecine interne. Le rapport correspondant du 8 mai 2018 remplit a priori les réquisits jurisprudentiels énoncés sous consid. 5b supra. La recourante fait toutefois implicitement valoir que les rapports établis ultérieurement par ses médecins traitants seraient de nature à faire douter des conclusions de la Policlinique G._____.

E. 7

a) L'état de santé somatique de la recourante a été investigué dans le cadre de différentes consultations spécialisées au sein de la Policlinique G._____. b) Sur le plan endocrinologique, l'expert de la P._____, le Dr P._____, a fait part de ce qui suit, à la suite de son examen du 1er mars 2018 (cf. rapport d'expertise de la Policlinique G._____ du 8 mai 2018, p. 16) : « Elle est suivie dans notre service dans le contexte d'un carcinome papillaire de la thyroïde traité par thyroïdectomie totale le 13.07.2009 et radiothérapie à l'iode 131 le 22.2.2011. Nous constatons actuellement une rémission (excellente réponse) sans signes de récurrence au niveau structurel ou biologique. Elle est sous traitement par lévothyroxine qu'elle prend malheureusement de façon aléatoire, ce qui pourrait expliquer éventuellement des symptômes tels que fatigue, sommeil, troubles de la mémoire ou ralentissement psychomoteur. A noter que nous avons essayé différentes stratégies pour améliorer la compliance médicamenteuse avec un résultat toujours suboptimal. Par ailleurs, du point de vue strictement endocrinologique, il n'existe aucune limitation fonctionnelle sur sa capacité de travail. »

- 13 - c) L'aspect neurologique a été investigué le 15 mars 2018 par le Dr N._____. Il s'est exprimé en ces termes sur le cas de la recourante (cf. ibidem, p. 26 à 28) : « [...] Il s'agit d'une situation comportant de multiples problèmes de santé chez une patiente visiblement actuellement encore assez anxieuse voire quelque peu déprimée, les éléments psychiques rendant une appréciation exacte des troubles somatiques un peu difficile. En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué révèle une patiente partiellement collaborante, assez algique et démonstrative. L'examen du rachis cervical révèle une limitation de la mobilité de la nuque et une musculature paracervicale droite tendue et sensible avec une possible atrophie du chef supérieur du trapèze droit. L'examen du rachis dorso-lombaire est rendu particulièrement difficile par une réaction antalgique immédiate, avec une apparente limitation de la mobilité lombaire, à caractère vraisemblablement au moins en partie antalgique. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées, si ce n'est que la marche sur les talons est inobtenable en raison apparemment de la provocation d'importantes douleurs lombaires, mais il n'y a pas d'autre anomalie significative. A

l'examen des paires crâniennes, on retrouve clairement une atteinte motrice faciale gauche encore sévère. On observe également une sorte d'hypoesthésie paraissant intéresser la face ddc [réd. : des deux côtés] et la région latéro-cervicale droite. Enfin, on note une probable amyotrophie et parésie du sterno-cléido- mastoïdien droit un peu difficilement appréciable au vu du manque de collaboration. A l'examen du tronc et des membres supérieurs, on retrouve une limitation de la mobilité de l'épaule droite en partie antalgique ainsi qu'une possible amyotrophie-parésie de la musculature scapulaire et brachiale droite, avec épargne de la musculature de l'avant-bras et de la main. On retrouve également une scapula alata droite contre-résistance. Les réflexes stylo-radial et bicipital droits paraissent moins vifs que leurs homologues controlatéraux alors que le réflexe tricipital droit est vif et symétrique. Les éléments précités peuvent faire évoquer une atteinte plexuelle brachiale droite liée au traitement du cancer thyroïdien mais tout cela n'est pas très clair. A l'examen des membres inférieurs, on est tout d'abord frappé par un tableau de douleurs diffuses dès qu'on tente de mobiliser les membres inférieurs avec provocation de douleurs lombaires. Il n'y a néanmoins objectivement pas d'altération de la trophicité musculaire et des réflexes tendineux. Le testing de la force musculaire est rendu inappréciable par la réaction antalgique mais ne paraît pas démontrer de déficit moteur certain. La sensibilité superficielle et profonde paraît intacte. En bref, un examen clinique révélant une atteinte motrice faciale gauche périphérique certaine, des troubles sensitifs faciaux douteux, une possible/probable atteinte sensitivo-motrice proximale du membre supérieur droit et pas de troubles neurologiques certains au niveau des membres inférieurs en relation avec les douleurs lombaires dont se plaint la patiente. [...]

- 14 - Sur le plan de la capacité de travail, je pense que cette patiente, d'un point de vue neurologique, est vraisemblablement limitée pour l'utilisation de force et répétitive de son membre supérieur droit ainsi que dans toute activité nécessitant un travail du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale. Pour les éléments susmentionnés, on doit admettre que l'activité exercée préalablement est inexigible. Par contre, sur la base des éléments à ma disposition, je pense que [l'assurée] possède, du point de vue strictement neurologique, une capacité de travail complète (plein temps avec un rendement de 100 %) dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles mentionnées plus haut, c'est-à-dire une activité ne nécessitant pas l'utilisation de force et répétitive du membre supérieur droit et des travaux avec le bras droit au-dessus de l'horizontale. Pour ce qui est de la symptomatologie faciale, même s'il existe encore actuellement une atteinte motrice faciale gauche importante, il n'y a pas de limitations fonctionnelles, ni d'incapacité de travail hormis dans une activité se déroulant dans une atmosphère fortement poussiéreuse. En ce qui concerne la symptomatologie lombaire, sur la base des seules constatations neurologiques, au vu également de la normalité des radiographies standards de la colonne lombosacrée, je ne retiens pas d'incapacité de travail ni de limitations fonctionnelles. Néanmoins, je pense souhaitable de pratiquer encore une IRM lombaire. [...] » d) S'agissant de l'aspect rhumatologique, le Dr R. _____ a fait part des constats suivants (cf. ibidem, p. 31 et 32) : « [L'assurée] présente des douleurs chroniques cervico-scapulaires droites, survenues dans les suites d'une thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire cervical droit en juillet 2009, suivie d'une radiothérapie à l'iode 131 au cours du mois de février 2011, pour carcinome papillaire de la thyroïde, ainsi qu'une parotidectomie totale pour carcinome muco-épidermoïde de bas grade en 1998, avec paralysie faciale gauche périphérique séquellaire, traitée en deux temps par réanimation faciale. Elle présente également une symptomatologie douloureuse dorso- lombaire,

survenue sans notion de traumatisme, état fébrile, sudations nocturnes depuis une année. L'examen clinique est parasité par un comportement douloureux, avec limitation fonctionnelle algique des mouvements de la colonne cervicale, lombaire, des hanches, de l'épaule droite. Il n'y a pas de déformation, ni de tuméfaction articulaire. D'un point de vue médical, il n'y a pas de maladie ostéoarticulaire spécifique mise en évidence, permettant d'expliquer l'intensité et la persistance de la symptomatologie douloureuse, ce qui ne met cependant pas en doute l'authenticité des plaintes. D'un point de vue rhumatologique, je n'ai actuellement pas d'élément orientant vers une étiologie inflammatoire, infectieuse, neurocompressive (sous réserve des conclusions de l'expert neurologue de la présente expertise pluridisciplinaire), de dysfonction immunitaire. Ce sont les douleurs, phénomène subjectif, non mesurable, propre à chaque individu, d'étiologie multifactorielle, qui sont à l'origine des limitations fonctionnelles énoncées par l'expertisée. [...] »

- 15 - e) On ne voit pas que les pièces médicales versées subséquemment au dossier de la recourante fassent état d'éléments nouveaux qui viendraient contredire l'appréciation des experts somaticiens de la Policlinique G._____. En particulier, les bilans sanguins fournis le 17 juin 2020 par le Dr F._____, ainsi que les rapports de la Consultation d'endocrinologie du Centre hospitalier C._____, relatent bien plutôt une situation demeurant stationnaire. On relève notamment que le rapport du Centre hospitalier C._____ du 10 juin 2020 retient les constats suivants : « [...] Sur le plan oncologique, la réponse est excellente, avec une thyroglobuline indosable et des anticorps négatifs, chez une patiente avec une TSH élevée [...]. Ce taux de thyroglobuline en hypothyroïdie est donc rassurant. L'échographie cervicale montre des ganglions d'aspect bénin, non suspect. Il s'agit donc d'une rémission biologique et structurelle. [...] La patiente avoue qu'elle n'attendait pas 30 minutes après la prise de lévothyroxine pour manger son petit déjeuner [...], ce qui peut expliquer cette augmentation de la TSH. [...] » Le rapport de consultation neurologique de l'Hôpital Q._____ du 16 février 2018 ne contient pas d'élément nouveau eu égard aux éléments rapportés par le Dr N._____. La Dre W._____ a en effet conclu à l'absence d'élément pour une atteinte centrale lors de son examen, en relevant « très clairement une participation avec un syndrome douloureux, dans un contexte de vie difficile ». Quant à l'appréciation rhumatologique, celle-ci n'est pas sérieusement remise en cause par la recourante dans ses différentes écritures. Elle n'a produit aucune pièce médicale nouvelle de ce registre, à la suite du rapport d'expertise de la Policlinique G._____.

E. 8

Réponses aux questions du mandant Au final, le présent bilan psychiatrique ne permet pas de valider une pathologie psychiatrique aussi sévère, telle qu'avancée dans les rapports psychiatriques des thérapeutes actuellement en charge de l'assurée. En tenant compte des facteurs de pondération, une baisse

- 19 - de rendement de 30 % peut-être retenue sur le plan psychiatrique (en tenant compte ici qu'une activité simple ne sollicite que peu le potentiel intellectuel de l'assurée, qui est normal au vu des études qu'elle a suivies). Cette estimation est valable dans toute activité respectant les limitations physiques. Elle est à mon avis valable depuis la fin octobre 2016, date où l'expertisée a débuté son suivi psychiatrique actuel. Par ailleurs, au vu de la faible dose du traitement antidépresseur actuellement dispensé à l'assurée et de la compliance qui peut s'avérer problématique (et qui méritera d'être suivie), une marge d'amélioration de la capacité de travail existe avec une augmentation de la posologie de l'antidépresseur. Une

nouvelle évaluation de la capacité de travail pourrait s'avérer pertinente d'ici six mois à une année, en fonction des ajustements thérapeutiques. » b) Dans ce contexte, la recourante s'est prévaluée des appréciations divergentes de la Fondation J. _____ et de l'évaluation neuropsychologique réalisée par le Centre V. _____. Les Drs S. _____ et T. _____ de la Fondation J. _____ ont répondu les 3 février et 13 juillet 2020 aux questions du SMR. Ils ont réitéré le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, posé depuis août 2019 en raison de la pluralité des épisodes, constatée depuis leur prise en charge. L'état de santé psychique, qualifié de fluctuant, demeurait sans modification notable, en présence d'une « thymie abaissée en permanence ». La survenue régulière de facteurs de stress entraînait une aggravation de la thymie et de l'anxiété avec apparition d'idées suicidaires. Des hallucinations auditives étaient rapportées depuis mai 2019. La recourante était décrite comme suit : « [...] Il s'agit d'une patiente qui fait son âge biologique, à la tenue vestimentaire et à l'hygiène sans particularités. Elle présente des troubles de l'orientation dans le temps (par moment ne sait plus la date ni le jour de la semaine), mais par contre est orientée dans l'espace, vis à vis d'elle-même et de la situation. Elle présente également des troubles de la mémoire (oublis de rendez-vous médicaux, de dates d'anniversaire, de prises du traitement...) avec déficit de l'attention et de la concentration. Elle présente une mimique triste, avec une paralysie faciale, elle pleure souvent durant les entretiens. La thymie est franchement abaissée. Le discours est émis d'une voix faible, sur un rythme légèrement ralenti, et reste globalement bien structuré, même si souvent pauvre avec les mêmes thèmes abordés, centrés sur les traumatismes vécus et les « oublis ». Son discours véhicule des idées négatives, à type de perte d'intérêt et de plaisir, d'idées de culpabilité (l'impression d'être un poids pour sa famille), une perte de l'estime de soi, un pessimisme concernant l'avenir, ainsi que des idées de mort passives, sans idées suicidaires actuellement. Le discours ne véhicule pas de trouble des croyances, mais on relève des troubles

- 20 - perceptifs à type d'hallucinations auditives (le bip des machines de l'hôpital). Elle décrit également un épisode d'amnésie dissociative concernant sa dernière hospitalisation, ne se rappelant plus de ce qui s'est passé durant une semaine (hormis le premier et le dernier jour d'hospitalisation). Le sommeil est rétabli sous somnifère, l'appétit conservé. [...] » L'évaluation neuropsychologique détaillée, effectuée au sein du Centre V. _____ en novembre 2019, a par ailleurs abouti aux conclusions suivantes : « Conclusion Ce premier bilan neuropsychologique, réalisé auprès de cette patiente de 43 ans, orientée et nosognosique, met en évidence : • Une atteinte attentionnelle sévère avec ralentissement majeur de la vitesse de traitement ; • Un trouble sévère de la mémoire épisodique antérograde bimodale ; • Un trouble sévère de la mémoire à court terme verbale ; • Un dysfonctionnement exécutif modéré (flexibilité, incitation) ; • Des difficultés de reconnaissance de visages célèbres. Les autres fonctions cognitives testées (calcul écrit, praxies gestuelles, gnosies visuelles) apparaissent en revanche globalement préservées. Notons que certaines épreuves habituellement réussies par des patients cérébro-lésés sont échouées et que nous observons quelques incohérences (sévérité des troubles contrastant avec une relative autonomie fonctionnelle, souvenir de devoir passer une IRM cérébrale, à l'heure à tous nos rendez-vous). En conclusion, ces résultats ne sont pas valides et nous ne pouvons interpréter ce tableau cognitif. Compte tenu de la détresse psychologique manifestée par la patiente dans le cadre d'événements de vie particulièrement difficiles, la poursuite d'un suivi psychothérapeutique est indispensable. » c) Dans son avis final du 6 octobre 2020, le SMR a estimé que les conclusions de l'expert psychiatre de la Polyclinique

G._____ demeuraient valables et s'est justifié en ces termes : « [...] 4 - Nous relevons que les psychiatres de la Fondation J._____ ne peuvent pas préciser à quelle date ils ont constaté une péjoration des troubles cognitifs (Question 6, RM [réd. : rapport médical] 14.07.20). De plus, le bilan neuropsychologique ne fait pas mention de tests de validation [de sorte] que ses conclusions ne peuvent être exploitées dans un contexte de litige asséculologique. 5 - Concernant le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques » : 5-1 Le Dr S._____ annonce le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques » depuis août 2019 (RM 04.2.20). Or, entre juin 2019 et fin novembre 2019 (5 mois), il n'y a pas eu de consultations avec un médecin psychiatre (Question 6, RM 4.2.20).

- 21 - De même, les premières hallucinations auraient été constatées en mai 2019 et n'auraient déclenché qu'un suivi psychiatrique que 5 mois plus tard, en novembre 2019. Par ailleurs, le Dr F._____ qui a examiné cette assurée à 5 reprises sur cette période ne se souvient pas de tels symptômes (question 5, RM 22.06.20). Malgré la sévérité du diagnostic annoncé, nous observons l'absence d'hospitalisation en psychiatrie, et l'absence de modification du traitement médicamenteux depuis 2018 ou même de monitoring plasmatique (question 4 et 5, RM 4.2.20, question 7, RM 14.07.20). 5-2 Le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère » et une IT [réd. : incapacité de travail] à 100 % étaient déjà annoncés dans les rapports de la Fondation J._____ précédant l'expertise (RM 9.5.17, 23.6.17). Or, l'expert psychiatre a indiqué les raisons qui le conduisaient à écarter un épisode dépressif sévère ainsi que tous les autres diagnostics annoncés par les psychiatres de la Fondation J._____. Soulignons que son expertise s'appuie, non seulement sur les constatations lors de son examen de mars 2018, mais aussi sur une expertise judiciaire qu'il avait menée sur le cas de cette assurée en 2009. De même, l'appréciation de la CT [réd. : capacité de travail] est claire et argumentée. 5-3 Concernant les symptômes psychotiques : Les hallucinations, opposées pour justifier de ce diagnostic, seraient finalement assez rares selon la description des psychiatres traitants (mai 2019, juin 2020) et surviendraient de façon isolée, en dehors de toutes idées délirantes ou d'autres symptômes de la lignée psychotiques. De plus, ces hallucinations sont assez éloignées de la description qu'en fait la CIM au diagnostic F32.3. Concernant l'amnésie dissociative pendant l'hospitalisation d'1 semaine en Médecine Interne, la CIM mentionne que le diagnostic Amnésie dissociative F.44 nécessite l'absence de trouble mental organique, d'une intoxication ou d'une fatigue extrême (critères b). Ce critère diagnostique n'est pas renseigné. [...] » d) En l'occurrence, il y a lieu de se rallier aux observations du SMR, en ce que le diagnostic retenu par la Fondation J._____ apparaît insuffisamment étayé pour justifier de s'écarter de l'appréciation du Dr M._____. En particulier, on s'étonne, à l'instar du SMR, que ce diagnostic n'ait pas évolué depuis la prise en charge thérapeutique et que la recourante n'ait pas fait l'objet de mesures plus importantes (hospitalisation, vérification de la compliance au traitement ou adaptation du traitement). On peut également remarquer que le tableau clinique décrit par les psychiatres traitants ne s'est pas sensiblement modifié depuis que ce diagnostic a été posé, alors que seule une dysthymie était précédemment retenue. Quant aux hallucinations relatées par les psychiatres traitants, elles apparaissent constituer des épisodes isolés qui n'ont pas justifié d'investigations ou de prise en charge intensive. Au surplus, le rapport d'évaluation neuropsychologique ne permet pas de

- 22 - retenir des « résultats valides », de sorte qu'on ne saurait conclure à une aggravation de l'état de santé de la recourante postérieurement aux investigations conduites par le Dr M._____. On relèvera que ce dernier, en sus d'avoir communiqué des conclusions claires et exemptes de contradictions, a fait état des ressources dont dispose la recourante, conformément aux exigences jurisprudentielles rappelées sous consid. 5d supra. L'expert de la Polyclinique G._____ s'est également exprimé sur le critère de la cohérence, sans manquer de souligner les problèmes de compliance de la recourante aux traitements et la marge d'amélioration significative que pourrait amener le respect des prescriptions thérapeutiques. Il a, au surplus, souligné divers facteurs d'exclusion, tels qu'une majoration des symptômes et un contexte social particulièrement astreignant, pour exclure un trouble psychique d'une gravité significative. On ajoutera que les documents médicaux produits au stade de la présente procédure ne fournissent aucun élément nouveau ou objectif, ignoré de l'intimé à la date de la décision querellée. Il convient dès lors, à l'instar de l'intimé, de retenir les conclusions du consilium des experts de la Polyclinique G._____ pour se prononcer sur le cas particulier. Ces conclusions sont notamment libellées comme suit : « [...] En conclusion, sur le plan somatique, nous rejoignons l'avis du SMR qui évaluait la capacité de travail à 0 % dans l'activité habituelle de lingère mais de 100 % dans une activité adaptée, légère, ne nécessitant pas l'utilisation de la force et répétitive du membre supérieur droit, ni des travaux avec le bras droit au-dessus de l'horizontale. Sur le plan psychiatrique, [...] nous retenons le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. En effet, l'évaluation actuelle s'écarte du diagnostic de dysthymie qui devrait constituer des fluctuations plus légères de l'humeur avec moins de répercussion sur le fonctionnement quotidien. Par ailleurs, les critères pour une dépression sévère ne sont pas remplis. Nous n'avons pas d'élément pour retenir un trouble dépressif récurrent, entre 2009 et 2016, l'expertisée n'évoque pas formellement d'épisode dépressif entrecoupé de rémission. Concernant la personnalité de l'assurée, contrairement au psychiatre traitant, nous n'avons pas d'élément pour retenir formellement un trouble de la personnalité. Les traits dépendants retenus par les psychiatres de la Fondation J._____ ne sont pas clairement objectivables. Les ressources intellectuelles sont clairement dans la norme au vu du parcours scolaire et professionnel de l'expertisée dans son pays. Il n'existe par ailleurs aucune pathologie psychotique.

- 23 - Concernant les douleurs et le comportement démonstratif et algique de l'expertisée lors des différents entretiens et examens somatiques, ceux-ci ne sont pas entièrement expliqués par des atteintes organiques. Cependant, nous n'avons aucun élément pour retenir un diagnostic psychiatrique, l'expertisée n'ayant nullement fait mention de symptômes douloureux auprès de l'expert psychiatre. Ces observations sont concordantes avec les rapports des psychiatres traitants qui n'évoquent jamais l'existence de plaintes douloureuses et ne retiennent en aucun cas de diagnostic de la lignée somatoforme. Dans ce contexte, il apparaît que [l'assurée] peut se présenter de façon différente selon les interlocuteurs, que ceux-ci soient somaticiens ou psychiatres. Lors de notre colloque de synthèse, nous retenons qu'il existe possiblement une majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques. De même, on ne peut exclure une composante de majoration des plaintes psychiques dans un contexte de difficultés sociales favorisées par le statut de femme divorcée devant s'occuper de nombreux enfants. Nous ne pouvons exclure qu'il existe une recherche de bénéfice secondaire et ces facteurs s'écartent de l'atteinte médicale considérée au sens strict et méritent de pondérer les plaintes alléguées par l'expertisée. Ainsi concernant l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, les nombreuses limitations dans les

activités quotidiennes ne peuvent être entièrement expliquées par les troubles somatiques ni par la présence d'une dépression fortement incapacitante. Sur le plan thérapeutique, la mauvaise compliance médicamenteuse constatée à la fois pour les traitements somatiques et antidépresseurs entre dans le contexte de ce profil psychologique. Les symptômes dépressifs décrits pourraient être améliorés avec une adaptation et une prise correcte du traitement antidépresseur mais aussi possiblement avec une prise correcte de la substitution thyroïdienne, l'hypothyroïdie participant probablement aussi à la fatigue, aux troubles du sommeil, de la concentration et au ralentissement. Actuellement, concernant l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés, il apparaît qu'en raison de la fatigabilité et des troubles modérés de la concentration, la capacité de planification et de structuration des tâches est moyennement diminuée. Sa flexibilité et ses capacités d'adaptation sont légèrement diminuées. [L'assurée] dispose en revanche de ressources cognitives satisfaisantes. Sa capacité de jugement et de prise de décisions n'est que légèrement abaissée en raison des symptômes dépressifs. L'endurance est légèrement à moyennement abaissée en raison des troubles du sommeil et de la fatigabilité. Les capacités d'affirmation sont légèrement abaissées en raison de légères idées d'insuffisance. Cependant, le sens du contact envers les tiers et les relations proches sont harmonieux, sans conflit, ce qui constitue une ressource. En conclusion sur le plan psychiatrique, nous retenons un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique qui entraîne une baisse de rendement de 30 % dans toutes activités en tenant compte des facteurs de pondération. Le présent bilan ne nous permet pas de retenir de pathologie psychiatrique sévère telle qu'avancée par les psychiatres traitants actuellement en charge de l'expertisée. Au terme de la présente expertise, il apparaît que pour des raisons somatiques, la capacité de travail de [l'assurée] est nulle dans l'ancienne activité de lingère telle qu'exercée en 2009. Dans une

- 24 - activité légère ne nécessitant pas l'utilisation de force répétitive du membre supérieur droit et des travaux avec le bras droit au-dessus de l'horizontale, la capacité de travail est de 70 % ou de 100 % avec une diminution du rendement de 30 % en raison des limitations fonctionnelles liées à l'épisode dépressif moyen et ceci depuis la fin octobre 2016, date où [l'assurée] a débuté son suivi psychiatrique actuel. Cependant, il existe une marge d'amélioration de la capacité de travail, la prise du traitement antidépresseur et de Levothyrox n'étant pas optimale. [...] »

E. 9

a) Il convient, à ce stade, de se prononcer sur le degré d'invalidité de la recourante, en retenant une capacité de travail préservée à 100 % dès 2010 dans une activité adaptée, diminuée de 30 % en terme de rendement dès octobre 2016. b) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon cette disposition, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. c) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222

consid. 4.3.1). Des circonstances particulières peuvent être admises, par exemple, lorsqu'il n'est pas possible de déterminer le revenu sans invalidité faute d'informations fiables sur le dernier travail exercé, ou lorsque l'assuré a subi une période de chômage avant la survenance de l'invalidité ou encore lorsqu'il percevait une rémunération inférieure aux normes de salaires usuelles (TF 8C_290/2013 précité, consid. 6.2 et références

- 25 - citées). Dans un tel cas, il demeure possible de recourir, à titre subsidiaire, aux données statistiques ressortant de l'ESS, édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), pour fixer le revenu hypothétique sans invalidité, les facteurs personnels et les qualifications professionnelles particulières devant toutefois être pris en compte (ATF 142 V 278 consid. 2.5.7 et références citées ; cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n°45 ad art. 28 a LAI, p. 420). d) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

E. 10

a) Dans le cas particulier, la recourante ne conteste pas – en soi – les montants retenus par l'intimé au titre de revenus avec et sans invalidité. Elle estime toutefois que la prise en compte d'une baisse de rendement de 30 % et les pourcentages (15 % dès 2010, puis 10 % dès octobre 2016) déduits du revenu d'invalidité aurait été fixés de manière arbitraire. b) On peut d'emblée observer que le recours à l'ESS pour déterminer le revenu sans invalidité est particulièrement favorable à la recourante, laquelle n'a exercé son activité habituelle de lingère que

- 26 - durant quelques mois en 2008. Le revenu sans invalidité de 52'728 fr. en 2010 et de 54'518 fr. en 2016 est ainsi sensiblement supérieur au revenu concret, réalisé dans l'activité de lingère, ce même après annualisation et indexation (cf. selon l'extrait du compte individuel AVS de la recourante : 7'630 fr. dégagés entre août et octobre 2008). Il y a donc lieu de confirmer les revenus sans invalidité pris en compte par l'intimé. c) S'agissant du revenu d'invalidité, la baisse de rendement de 30 % ressort expressément du consilium des experts de la Policlinique G._____, en lien avec l'appréciation de la capacité de travail de la recourante et ses limitations fonctionnelles. L'intimé était donc légitimé à prendre en compte ce taux dans l'évaluation de l'invalidité de la recourante, sans que l'on puisse lui reprocher d'avoir chiffré arbitrairement la diminution de rendement. On ajoutera que les réductions de 15 % et de 10 %, destinées à tenir compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles (physiques et psychiques) de la recourante et de l'entrave à l'embauche en découlant, apparaissent en adéquate mesure avec sa situation personnelle. La recourante est en effet encore jeune et capable d'adaptation, ainsi que dotée de bonnes connaissances de la langue française, de sorte que seules les limitations fonctionnelles déterminées

médicalement apparaissent le seul critère susceptible de restreindre son attractivité sur le marché ordinaire du travail d) En définitive, les degrés d'invalidité de 15 % en 2010 et de 37 % dès octobre 2016, déterminés par l'intimé dans la décision entreprise, peuvent être confirmés. Ces degrés d'invalidité n'ouvrent pas le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI). e) On ajoutera que des mesures professionnelles n'apparaissent en l'état pas indiquées, alors que la recourante estime ne pas être capable d'exercer une quelconque activité. On relèvera toutefois que l'intimé a accordé à la recourante le bénéfice d'une aide au placement, qu'il lui est loisible de solliciter à nouveau (cf. communication de l'intimé du 6 février 2017).

- 27 -

E. 11

a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. c) N'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA).

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