

# VD\_GERICHTE ZD21.048906 vom 1. November 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-11-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD21.048906](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.048906)

FR: VD\_GERICHTE ZD21.048906 du 1 novembre 2022

IT: VD\_GERICHTE ZD21.048906 del 1 novembre 2022

## Erwägungen

### E. 9

a) Il convient encore d'examiner le volet psychiatrique de l'expertise, lequel a fait l'objet de la majorité des critiques de la recourante, soutenue par sa psychiatre traitante, la Dre BB. \_\_\_\_\_, et sa

- 29 - psychologue traitante, T. \_\_\_\_\_, étant relevé que son argumentation apparaissait confuse, voire parfois peu compréhensible. b/aa) Sur le plan psychiatrique, le Dr H. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué, selon les règles de l'art (cf. consid. 6b supra), un épisode dépressif léger, sans véritable syndrome somatique (CIM-10 F 32.00), une agoraphobie avec trouble panique (CIM-10 F 40.01) et une personnalité évitante (CIM-10 F 60.6). Pour établir ses diagnostics, il a confronté les plaintes de la recourante – relevant, en substance, une irritabilité, des troubles du sommeil, une fatigue ainsi que des troubles mnésiques et des fonctions cognitives, tout en soulignant que l'intéressée ne pensait pas souffrir de troubles psychiatriques – à ses observations objectives. Il a singulièrement relevé que la recourante avait entamé un suivi psychothérapeutique six mois avant l'expertise et qu'aucun trouble psychiatrique n'était décrit dans le dossier. Il a ensuite constaté que celle-ci décrivait des épisodes d'anxiété paroxystique, différents des prodromes des crises d'épilepsie, les deux types de crise présentant toutefois plusieurs points communs, à savoir un bourdonnement dans les oreilles, une sensation de difficultés respiratoires, un tremor, des sensations de froid et un état de fatigue une fois la crise terminée. Selon l'expert psychiatre, l'intéressée présentait également des cognitions agoraphobes, dans la mesure où elle évitait les lieux où il y avait trop de monde ou clos, le bruit de ce genre d'environnement étant susceptible de déclencher des angoisses, et était capable de prendre les transports en commun, ayant toutefois déjà dû sortir d'un bus par crainte de ressentir des angoisses. De surcroît, l'expert a mis en évidence que la recourante était gênée par les contacts sociaux, ne supportait pas que l'attention se porte sur elle et était réticente à faire des demandes ou à exprimer son désaccord – ce qui ne lui avait toutefois pas posé de problème lorsqu'elle travaillait – ; il n'y avait toutefois pas d'élément d'anxiété généralisée ni de doute pathologique. L'expert a également souligné que la recourante faisait un bilan de vie négatif, s'énervait facilement, avait une capacité à éprouver du plaisir réduite – observant qu'elle était néanmoins capable de

- 30 - s'intéresser aux votations, aidait son fils dans ses tâches scolaires, appréciait la marche (environ une heure par jour) et visiter des magasins, ainsi que suivre des matchs de volley-ball ou de tennis à la télévision –, présentait une tristesse – notamment alimentée par des difficultés à créer des relations sociales –, était en prise à une certaine souffrance psychique – laquelle n'était toutefois pas manifeste – et éprouvait des sentiments de dévalorisation, de culpabilité, de regret et de manque de confiance en elle, sans idées noires ni suicidaires. Dans ce contexte, après avoir réalisé un auto-test sous l'égide de ses

psychiatre et psychologue traitantes, la recourante s'est plainte du fait que l'expert ne l'avait pas soumise à certains tests couramment effectués lors d'expertise, notamment au BDI 13 ou à l'échelle d'Hamilton, ce qui soulevait un problème d'égalité de traitement. Or, l'expert était libre de définir les examens cliniques qu'il souhaitait pratiquer, de confronter ses observations cliniques avec celles des médecins traitants et de recourir aux tests complémentaires qu'il jugeait nécessaires à la bonne exécution de son mandat (cf. TF 9C\_843/2019 du 3 septembre 2020 consid. 4). Le grief de la recourante doit ainsi être d'emblée écarté. L'expert psychiatre a consciencieusement étayé ses diagnostics, se fondant sur ses constatations et l'anamnèse. Il a justifié l'épisode dépressif léger, sans véritable syndrome somatique, par la présence d'une réduction de la capacité à éprouver du plaisir – relevant néanmoins un intérêt pour les votations et le fait que la recourante aidait son fils dans ses tâches scolaires –, par une tristesse d'intensité moyenne, observable et présente la plupart du temps, par une fatigue – observée durant l'entretien neuropsychologique –, ainsi que par des sentiments de culpabilité, de dévalorisation et de faible confiance en soi ; en revanche, il n'y avait pas d'idées noires ni d'idées de suicide. C'est ainsi à tort que la recourante a affirmé que le diagnostic d'épisode dépressif léger était uniquement motivé par l'absence d'idées noires ou suicidaires ainsi que par sa capacité à s'intéresser aux votations et à aider son fils, ces mentions par l'expert n'étant que des illustrations partielles de ses ressources et compétences. De même, l'expert a retenu le diagnostic

- 31 - d'agoraphobie avec trouble panique, la recourante ayant déjà dû quitter un bus ou un magasin en urgence en raison d'angoisses, et a souligné que la description des épisodes d'anxiété paroxystique était caractéristique et dissociée des crises d'épilepsie. L'expert a finalement motivé le diagnostic de personnalité évitante par la réticence de la recourante à faire des demandes ainsi que des difficultés à s'exprimer en cas de désaccord et à accepter que l'attention se porte sur elle. bb) Au demeurant, les diagnostics de l'expert psychiatre ne sont pas valablement contredits par les médecins traitants de la recourante. En effet, le diagnostic d'épisode dépressif moyen posé par les Dres EE. \_\_\_\_\_ et FF. \_\_\_\_\_, dans leur rapport du 8 juin 2021, est présumé, ces médecins ayant indiqué que l'unique consultation avec la psychiatre de liaison révélait des symptômes « compatibles » avec un épisode dépressif moyen, associés à une anxiété fluctuante avec des attaques de panique. Ces médecins n'ont cependant pas décrit la symptomatologie évoquée ni fait état de constatations objectives étayant leur diagnostic. La recourante a critiqué le fait que le rapport des deux médecins des Hôpitaux J. \_\_\_\_\_ n'avait été soumis qu'au SMR – par l'intermédiaire de la Dre CC. \_\_\_\_\_ qui n'avait pas examiné la recourante et n'était pas une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie – et non aux experts, lesquels avaient requis l'examen ayant fait l'objet du rapport du 8 juin 2021. Or, la recourante perd de vue, d'une part, que le rapport du 8 juin 2021 ne fait pas suite à la requête des experts, mais avait pour but une évaluation pré-chirurgicale de phase I requise par son neurologue traitant, le Dr AA. \_\_\_\_\_. D'autre part, dans son avis SMR du 19 juillet 2021, la Dre CC. \_\_\_\_\_ a demandé des explications complémentaires à la Dre BB. \_\_\_\_\_ et à T. \_\_\_\_\_ sur les conclusions du rapport du 8 juin 2021. Celles-ci ont répondu par rapport du 7 septembre 2021, dans lequel elles reprenaient les explications fournies le 22 novembre 2020 et, singulièrement, le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. C'est

- 32 - ainsi à juste titre que la Dre CC. \_\_\_\_\_ a retenu, conformément à sa fonction, dans son avis SMR du 18 octobre 2021, que les troubles du spectre anxieux et dépressif avaient déjà été appréciés lors de l'expertise et qu'il n'existait pas de nouveaux diagnostics ou

d'aggravation des troubles existants propres à remettre en cause les conclusions de l'expertise. Plus encore, le grief tiré de l'absence d'auscultation par la médecin du SMR n'est d'aucune aide à la recourante, dans la mesure où, tel qu'exposé ci-dessus (cf. consid. 5d supra), les avis médicaux du SMR n'impliquent pas d'examen clinique et ont 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, ce qu'a en l'occurrence fait la Dre CC. \_\_\_\_\_. Le grief de la recourante est ainsi infondé. Dans leurs rapports initiaux des 3 février 2020, 22 novembre 2020 et 7 septembre 2021, la Dre BB. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ ont principalement diagnostiqué un trouble panique (anxiété épisodique paroxystique ; CIM-10 F 41.0) et un trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F 41.2), existant depuis 2019. D'une part, ces diagnostics sont proches de ceux retenus par l'expert psychiatre et ont été établis sur la base d'observations relativement superposables, notamment l'existence de crises de panique récurrentes et inattendues, une fatigabilité, des troubles du sommeil, une irritabilité, ainsi qu'une peur de sortir de chez elle. Il est, à cet égard, relevé que ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références). S'agissant des déficits cognitifs et des troubles de l'attention, de planification, d'organisation, du langage et de la mémoire mentionnés par la Dre BB. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, ces éléments ont été pris en compte et évalués par l'expert en neuropsychologie. D'autre part, la définition du trouble anxieux et dépressif mixte de la CIM-10 prévoit que cette catégorie doit être utilisée quand le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans prédominance

- 33 - nette des uns ou des autres et sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé ; quand des symptômes anxieux et dépressifs sont présents simultanément avec une intensité suffisante pour justifier des diagnostics séparés, les deux diagnostics doivent être notés et on ne fait pas un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. Or, l'expert psychiatre a posé un diagnostic séparé s'agissant de l'atteinte dépressive, ce qui ne fait que confirmer son appréciation s'agissant du degré de sévérité léger de l'épisode dépressif. Si les symptômes dépressifs étaient présents avec une intensité suffisante dès 2019, la Dre BB. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ auraient en principe également établi un diagnostic séparé d'épisode dépressif. De surcroît, l'expert a diagnostiqué un trouble de la personnalité, alors qu'aucun diagnostic dans ce registre n'a été retenu par la Dre BB. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, l'expert ayant mis en évidence des éléments non évoqués par lesdites praticiennes dans leurs différents rapports. Cela tend également à démontrer l'exhaustivité et l'exactitude de l'analyse diagnostique de l'expert. S'agissant du rapport du 10 janvier 2022 de la Dre BB. \_\_\_\_\_ et de T. \_\_\_\_\_, ainsi que des résultats de la recourante au BDI 13 du 30 novembre 2021 sur lesquels était fondé ledit rapport, ces praticiennes ont précisé qu'il s'agissait d'évaluer la sévérité de l'épisode dépressif actuel de l'intéressée. Néanmoins, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, en l'occurrence au 19 octobre 2021. Le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), de sorte que le rapport susdit, ainsi que les griefs soulevés par la recourante en lien avec celui-ci n'ont pas à être examinés. Quoi qu'il en soit, il convient de faire preuve de retenue, car ces observations émanent de la psychiatre et de la psychologue traitantes de la

recourante ainsi que d'une version raccourcie d'un auto-test reflétant le ressenti subjectif de l'intéressée. Au demeurant, dans leur rapport du 22 novembre 2020, la Dre BB. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ ont, pour la première fois, mentionné le

- 34 - diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F 45.4). La CIM-10 expose que, dans le cas d'un tel trouble, la plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien ; le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins. Or, la Dre BB. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ n'ont aucunement fait référence à des allégations de douleurs et n'ont mentionné aucun des critères définissant cette atteinte, que cela soit dans leur rapport du 22 novembre 2020 ou celui du 7 septembre 2021, étant relevé que la recourante n'a jamais consulté de spécialiste en rhumatologie. C'est par ailleurs uniquement dans leur rapport du 10 janvier 2022 – postérieur à la décision litigieuse et non pertinent pour la Cour de céans – que ces praticiennes ont évoqué, pour la première fois, des « douleurs dans la nuque ou dans le bas du dos », cette seule mention étant insuffisante pour justifier le diagnostic évoqué. Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de tenir compte dudit diagnostic et il ne saurait être reproché à l'intimé de ne pas avoir complété l'expertise pluridisciplinaire d'un volet rhumatologique. c/aa) De surcroît, l'expert psychiatre a diligemment analysé les différents indicateurs posés par la jurisprudence (cf. consid. 6c supra). bb) L'expert a, dans un premier temps, effectué un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé. En particulier, il a retenu que la fatigue – laquelle représentait la plainte principale de la recourante, imposait un repos qui était de durée et dont l'importance ne s'expliquait pas par le trouble de l'humeur – était responsable d'une baisse de rendement de 10 à 20 % dans une activité à plein temps.

- 35 - De même, le degré de gravité de l'épisode dépressif était léger, les médecins traitants n'ayant pas démontré une aggravation dudit épisode, tel que discuté ci-dessus (cf. consid. 9b/bb supra). Quant à l'agoraphobie avec troubles paniques, l'expert psychiatre a considéré qu'il n'y avait pas véritablement de répercussion sur la capacité de travail, hormis une fragilisation de la recourante. Il ressort en effet de l'expertise que ce trouble ne limite pas la recourante en toutes circonstances et pour toutes ses activités. Pour exemple, celle-ci avait été capable de venir à l'expertise en utilisant les transports publics, n'avait jamais dû quitter brusquement son lieu de travail en raison d'épisodes d'anxiété paroxystique et était capable de se promener en ville environ une heure par jour ainsi que d'aider son fils dans ses devoirs jusqu'à deux heures par jour. S'agissant du diagnostic de personnalité évitante, l'expert n'a pas mentionné que ce trouble engendrerait une diminution de la capacité de travail ou serait grave. C'est le lieu de préciser que l'expert a consciencieusement analysé les ressources et limitations de la recourante, concluant qu'une diminution des ressources personnelles n'était pas retenue, et, dans ce cadre, a noté, en lien avec la structure de la personnalité, que l'aptitude à la communication était moyenne et que, de longue date, les capacités relationnelles étaient assez faibles ; toutefois, cela n'avait pas entravé la recourante et ces éléments d'anxiété sociale n'avaient pas posé de problème particulier dans le cadre du travail, l'intéressée ayant entretenu de bonnes relations avec la clientèle et avec ses collègues. A cet égard, il ne ressort pas des pièces portées au dossier que serait survenue une décompensation du trouble de la personnalité depuis l'arrêt de l'activité lucrative, étant

rappelé que la psychiatre traitante et la psychologue de la recourante n'ont, elles-mêmes, pas retenu de diagnostic dans le registre des troubles de la personnalité (cf. consid. 9b/bb supra). Au demeurant, dans le cadre de son examen clinique, l'expert psychiatre a noté qu'il n'y avait pas de signe neurovégétatif d'angoisse ou d'anxiété particulière et que la recourante paraissait assez à l'aise dans le contact. Ces éléments plaident pour

- 36 - l'absence de gravité du trouble de la personnalité. Il découle également de ce qui précède que l'expert psychiatre a consciencieusement analysé la personnalité de la recourante. Dans le cadre de l'examen des ressources et limitations de la recourante, l'expert a encore relevé que celle-ci présentait des manques d'adaptation et de flexibilité, mais qu'elle parvenait à s'organiser et à respecter un cadre, notant par exemple ses rendez-vous ; elle pouvait également prendre des décisions et son aptitude au jugement était préservée. Enfin, l'expert a considéré que la capacité d'endurance était « moins bonne » avec une augmentation de la fatigabilité. L'expert psychiatre a examiné le succès ou l'échec du traitement de la recourante, cette question étant également examinée en lien avec l'analyse de la cohérence (cf. consid. 9c/cc infra), ainsi que l'éventualité d'introduire des mesures de réadaptation, considérant que celles-ci n'étaient ni indiquées, ni contre-indiquées. Finalement, pour ce qui est du contexte social, il a retenu que la famille proche de l'intéressée représentait une ressource externe et que la recourante participait surtout aux activités familiales, se sentant peu investie par ses quelques connaissances extérieures. Il a également décrit le quotidien de la recourante et ses habitudes, lesquels ont été pris en compte dans son appréciation. cc) L'expert psychiatre a, dans un second temps, effectué un examen de la cohérence, considérant que les plaintes subjectives de la recourante correspondaient aux observations cliniques, hormis pour la fatigue. Il y avait également une bonne concordance entre les plaintes et les activités du quotidien. Toutefois, les plaintes n'étaient pas totalement uniformes dans tous les domaines de la vie, des retentissements sociaux plus importants en lien certainement avec la structure de personnalité ayant été retenus, cette appréciation étant convaincante, compte tenu du trouble de la personnalité de la recourante.

- 37 - Par ailleurs, l'expert s'est, à juste titre, référé à l'exercice des tâches habituelles de la recourante pour déterminer si ses atteintes à la santé se manifestaient de la même manière dans tous les domaines de sa vie, l'intéressée n'ayant plus d'activité professionnelle depuis le mois de juin 2018. S'agissant de l'auto-réadaptation professionnelle, l'expert a pris en compte le comportement de la recourante lorsqu'elle travaillait, notamment dans le cadre de l'examen de ses ressources et de ses limitations (cf. consid. 9c/bb supra). Il n'a pas tiré de conclusion selon laquelle la recourante aurait eu un comportement incohérent durant la période où elle exerçait une activité lucrative. De surcroît, l'expert psychiatre a examiné si le traitement de la recourante était mis à profit et considéré qu'il pouvait être adapté par la prescription d'un antidépresseur – lequel permettrait d'atténuer les symptômes dépressifs et anxieux, respectivement récupérer un rendement de 100 % –, soulignant que des techniques de thérapie cognitive et comportementale pouvaient également être utiles pour le trouble anxieux. Il a d'ailleurs mentionné que la recourante avait entamé une psychothérapie depuis plusieurs mois au moment de l'expertise et qu'elle refusait toutefois la prise d'antidépresseurs par crainte d'effets secondaires déjà apparus dans le passé en raison de psychotropes. Ce n'est ainsi pas en raison d'une incapacité inévitable de la recourante de comprendre sa maladie que celle-ci n'a pas immédiatement recouru à un antidépresseur recommandé et accessible, contrairement à ce qu'a allégué l'intéressée. De surcroît, cette

dernière ne saurait reprocher à l'expert de s'être déchargé sur le médecin traitant de la tâche de sélectionner l'antidépresseur indiqué. En effet, l'expert, lequel n'est pas un spécialiste en pharmacologie, a, à juste titre, précisé qu'il était nécessaire de solliciter un service de psychopharmacologie – et non la psychiatre traitante – pour choisir l'antidépresseur, afin d'éviter des interactions avec les antiépileptiques et de choisir une substance ayant le minimum d'effet sur le seuil épiléptogène, étant rappelé qu'il est constant que la médication antiépileptique de la recourante a été adaptée à de nombreuses reprises depuis 2018. L'expert a ainsi pris en compte les craintes de la recourante quant à d'éventuels effets secondaires

- 38 - indésirables. Il est également souligné que, selon le rapport du 3 février 2020 de la Dre BB.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, la recourante a suivi les recommandations de l'expert et de ses médecins traitants, un antidépresseur ayant été introduit, dès le mois de février 2020, à tout le moins, la période exacte du début dudit traitement n'étant pas précisé dans le rapport susmentionné. La Dre BB.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ayant fait part d'observations relativement superposables à celles de l'expert psychiatre dans leurs rapports ultérieurs des 3 février 2020, 22 novembre 2020 et 7 septembre 2021 (cf. consid. 9b/bb supra), le traitement antidépresseur ne semble toutefois pas avoir amélioré la symptomatologie de la recourante – et, partant, sa capacité de travail –, tel que l'avait anticipé l'expert. Aussi, au stade de la vraisemblance prépondérante, il ne sera pas retenu d'amélioration de la capacité de travail sur le plan psychiatrique, contrairement aux prévisions de l'expert. d/aa) L'expert psychiatre a en conclusion considéré que la capacité de travail de la recourante était complète pour un plein temps, avec une baisse de rendement de l'ordre de 10 à 20 % due à la fatigue. Sa capacité de travail globale sur le plan psychiatrique était dès lors de l'ordre de 80 à 90 %. bb) Aucune pièce au dossier ne permet de mettre en doute cette appréciation. En effet, les conclusions de la Dre BB.\_\_\_\_\_ et de T.\_\_\_\_\_ contenues dans leurs rapports des 3 février 2020, 22 novembre 2020 et 7 septembre 2021 sont incohérentes. Dans leur premier rapport du 3 février 2020, ces dernières ont estimé que la recourante était en totale incapacité de travail, alors que, sans explication sur ce point, dans leurs rapports des 22 novembre 2020 et 7 septembre 2021, elles ont retenu une capacité de travail de 30 % sur les plans psychologique et neurologique, étant précisé que ces praticiennes n'ont aucunement fait état du status neurologique de la recourante et n'étaient ainsi pas en mesure de se prononcer sur cette partie de ses troubles. Cela étant, lesdites praticiennes n'ont pas étayé la modification de leur évaluation de la capacité de travail, alors qu'elles ont fait état de constatations psychiatriques similaires sans évolution dans leurs trois rapports. Il est

- 39 - également étonnant que, dans leurs rapports des 22 novembre 2020 et 7 septembre 2021, elles aient ajouté un nouveau diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, tout en faisant simultanément état d'une augmentation de la capacité de travail de la recourante. Compte tenu de ces inconsistances manifestes, il ne saurait leur être reconnu une valeur probante propre à remettre l'expertise en cause. cc) Enfin, la recourante se prévaut de la jurisprudence selon laquelle une dysthymie (CIM- 10 F 34.1) peut être susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité (ATF 143 V 418 consid. 8.1 ; TF 9C\_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 4.1 et TF 9C\_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 avec les références). Outre que la recourante ne présente pas de dysthymie, au vu des rapports médicaux, mais un épisode dépressif léger, le trouble de la personnalité diagnostiqué, à savoir une personnalité évitante, n'a pas été qualifié de grave et n'a aucune

répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Son grief tombe dès lors à faux.

#### **E. 10**

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que les appréciations propres de chaque expert sur les plans neurologique, neuropsychologique et psychiatrique sont probantes.

#### **E. 11**

septembre 2019 des experts. Il y a dès lors lieu de retenir à la faveur de la recourante que, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, la capacité de travail de la recourante est complète pour un plein temps, avec une diminution de rendement de 40 %, de sorte que sa capacité de travail globale est de 60 %. b) C'est également le lieu de préciser que les limitations fonctionnelles arrêtées par la Dre F.\_\_\_\_\_, dans son avis SMR du 3 avril 2020, et reprises par l'intimé sont lacunaires. Si cette médecin a bien retenu que la conduite professionnelle et le travail avec des risques de blessures (tel que, par exemple, le travail en hauteur ou avec des machines dangereuses) étaient à proscrire et que l'activité envisagée devait peu solliciter la mémoire, elle a néanmoins omis de tenir compte du fait que, sur le plan neuropsychologique, l'activité devait être simple et répétitive. De même, la recourante faisait preuve d'une rapidité inhabituelle et d'une précipitation, lesquelles étaient des sources d'erreur. Un contrôle devait ainsi être effectué par la recourante elle-même, éventuellement par un tiers. De surcroît, sur le plan neurologique, le Dr D.\_\_\_\_\_ a souligné que, même si l'activité habituelle était toujours

- 41 - exigible à un taux partiel, il serait idéal que la recourante puisse exercer une activité non stressante, dans un environnement compréhensif sans stress trop important. Par conséquent, il sied de tenir compte de ces limitations fonctionnelles supplémentaires afin de définir l'activité adaptée de la recourante. c) S'agissant finalement de la période à partir de laquelle la capacité de travail globale de 60 % de la recourante est exigible, rien ne justifie de s'éloigner de la décision de l'office intimé, lequel a retenu le mois de mai 2018. Cette période correspond en effet à une recrudescence des crises d'épilepsie de la recourante, laquelle a causé une hospitalisation entre le 19 et le 20 mai 2018 et l'arrêt complet de l'activité lucrative de la recourante dès le mois de juin 2018 (cf. rapports des 20 mai 2018 de la Dre DD.\_\_\_\_\_ et 19 juin 2018 du Dr Q.\_\_\_\_\_ ; fiche d'examen du droit à la rente du 12 août 2020). Cette appréciation ne s'oppose, au demeurant, pas aux explications complémentaires du 5 septembre 2019 des experts, ceux-ci ayant indiqué « pouvoir penser » que la capacité de travail actuelle globale existait, à tout le moins, depuis le début de l'année 2019. d) En conclusion, il sied de retenir que la capacité de travail globale de la recourante est de 60 % dans son activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de conduite professionnelle ; pas de travail avec risque de blessures [travail en hauteur, machines dangereuses] ; activité simple et répétitive ; activité sollicitant peu la mémoire ; contrôle effectué par la recourante elle-même, éventuellement par un tiers ; activité non stressante, dans un environnement compréhensif sans stress trop important), depuis le mois de mai 2018.

#### **E. 12**

Dans un moyen subsidiaire, la recourante a fait valoir que, même si une capacité de travail partielle devait être retenue par la Cour de céans, celle-ci ne serait pas exploitable, compte tenu de ses multiples limitations fonctionnelles, et du fait qu'aucun employeur ne serait prêt à l'engager.

- 42 - a) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b). Il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3. ; TF 9C\_830/2007 du 29 juillet 2008 consid. 5.1). Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point 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 (TF 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C\_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). b) Il est toutefois possible de s'écarter de la notion de marché du travail équilibré lorsque, notamment, l'activité exigible au sens de l'art.

## **E. 16**

LPGA ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; TF 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C\_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Margit Moser-Szeless, op. cit., n° 24 ad art. 7). Or, tel n'est à l'évidence

- 43 - pas le cas, compte tenu des limitations fonctionnelles retenues (pas de conduite professionnelle ; pas de travail avec risque de blessures [travail en hauteur, machines dangereuses] ; activité simple et répétitive ; activité sollicitant peu la mémoire ; contrôle effectué par la recourante elle-même, éventuellement par un tiers ; activité non stressante, dans un environnement compréhensif sans stress trop important). Le grief de la recourante doit ainsi être rejeté. 13. Il reste finalement à examiner le taux d'invalidité de la recourante. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). b) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). Selon l'art. 26 al. 2 RAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), lorsque l'assuré a été empêché par son invalidité d'achever sa formation professionnelle, le revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas invalide est le revenu moyen d'un travailleur de la profession à laquelle il se préparait. Cette disposition concrétise l'art. 16 LPGA dans la mesure où il détermine quel est le revenu sans invalidité à

prendre en considération pour la comparaison des revenus dans la situation où la personne assurée avait déjà choisi et entrepris une formation professionnelle au moment de la survenance de l'invalidité, mais a été

- 44 - empêchée par celle-ci de terminer sa formation et d'exercer une activité lucrative concrète en conséquence. En vertu de la disposition d'exécution, le revenu sans invalidité doit dans ces cas être évalué comme si la personne assurée avait achevé sa formation professionnelle et exercerait l'activité correspondante lui permettant de réaliser « le revenu moyen d'un travailleur de la profession à laquelle il se préparait ». Elle repose donc sur la fiction que l'assuré a non seulement réussi sa formation mais a également trouvé un emploi dans la branche professionnelle y relative (TF 9C\_163/2017 du 2 mai 2017 consid. 4.2 et la référence). c) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

- 45 - d) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). e) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si, entre autres exigences, il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b). L'art. 29 al. 1 LAI dispose quant à lui que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. Ces dispositions s'appliquent également en cas de nouvelle demande à la suite d'un refus de prestations ; en d'autres termes, lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (ATF 140 V 2 consid. 5.3 ; TF 8C\_623/2020 du 2 août 2021 consid. 4.2). 14. a) En l'occurrence, il est constant que la recourante a présenté un statut d'active de 100 % depuis le mois de mars 2018, de sorte que la méthode de comparaison ordinaire des revenus est applicable. b) De même, l'année 2019 est déterminante pour l'ouverture du droit à la rente de la recourante, compte tenu du délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI courant dès le mois de mai 2018. c)

S'agissant du revenu sans invalidité de la recourante, l'application de l'art. 26 al. 2 RAI n'est pas contestable, l'intéressée ayant entamé un CFC de couturière en 2004 et ayant dû l'abandonner en raison de son trouble épiléptologique, ce qu'ont notamment relevé les experts.

- 46 - Il y a ainsi lieu de se référer au salaire statistique de 4'104 fr. tiré de l'ESS (tableaux TA1\_skill\_level, secteur 13-15 [industrie du textile et de l'habillement], niveau de compétence 2, femme, pour un taux de 100 %), calculé sur 41.7 heures de travail hebdomadaire, pour l'année 2018, avec application d'une indexation de 0.9 % pour l'année 2019. Sur la base de ces critères, le revenu sans invalidité de la recourante s'élève à 51'803 fr. 11, contrairement au montant de 56'173 fr. calculé, de manière erronée, par l'intimé. d) S'agissant du revenu avec invalidité de la recourante, il convient de le déterminer à nouveau, eu égard à la capacité de travail globale de 60 %. A ce sujet, il est souligné que l'intimé a fondé son calcul sur l'ESS 2016 avec indexation pour les années 2017, 2018 et 2019, cette manière de procéder n'étant pas admissible, dès lors que doit être utilisée l'ESS la plus récente, soit celle de 2018 en l'occurrence. Ainsi, en prenant en compte le salaire statistique de 4'371 fr. de l'ESS (tableaux TA1\_skill\_level, tous secteurs confondus, niveau de compétence 1, femme, pour un taux de 100 % avec une baisse de rendement de 40 %), calculé sur 41.7 heures de travail hebdomadaire, pour l'année 2018, indexé de 0.9 % pour l'année 2019, le revenu avec invalidité s'élève à 33'104 francs. Rien ne justifie d'appliquer un taux d'abattement supplémentaire au revenu avec invalidité, les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles de la recourante ayant déjà été prises en compte dans la baisse de rendement de 40 % et dans la détermination de sa capacité de travail, singulièrement les troubles neuropsychologiques, les crises d'épilepsie et la fatigue. La recourante ne présente aucun autre facteur susceptible de permettre l'application d'un autre critère d'abattement. e) Par conséquent, après pondération des revenus statistiques sans et avec invalidité, sans application d'un abattement supplémentaire,

- 47 - le taux d'invalidité de la recourante est de 36.10 %, arrondi à 36 %, ce qui ne lui ouvre pas le droit à une rente d'invalidité. 15. a) En définitive, le recours de R. \_\_\_\_\_ doit être rejeté et la décision litigieuse rendue le 19 octobre 2021 par l'intimé confirmée. 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 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG). d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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