

VD_GERICHTE ZD22.001573 vom 14. November 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-11-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.001573

FR: VD_GERICHTE ZD22.001573 du 14 novembre 2023

IT: VD_GERICHTE ZD22.001573 del 14 novembre 2023

Erwägungen

E. 23

octobre 2017, sans aggravation des troubles préalables. Ces experts ont précisé que les deux premiers diagnostics influençaient la capacité de travail. Au vu de la bonne évolution subjective et objective, ils ont estimé la capacité de travail à nouveau à 50 % dans l'activité d'employée polyvalente dans un restaurant, trois mois après l'intervention chirurgicale ; l'accident de la circulation, avec contusion des cervicales, du 23 octobre 2017 était sans conséquence à moyen et long terme sur la capacité de travail qui était redevenue complète après une période de trois mois depuis cet accident. Sur le plan psychiatrique, l'expert évaluait la capacité de travail résiduelle à 28 % (soit une diminution de 50 % sur un taux d'activité de 56 %) ; cette diminution pouvait persister encore trois mois en sorte qu'au début janvier 2019, moyennant la modification du traitement exigible de la part de l'assurée (augmenter la Fluoxétine® à 60 mg, voire changer la molécule), sa capacité de travail pouvait à nouveau être considérée comme complète dans toute activité. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : Sur le plan somatique, pas de port régulier de charges de plus de dix à quinze kilos, pas d'engagement physique lourd, etc. ; Sur le plan psychique, une reprise thérapeutique de travail à 20 %, sans exigence de rendement ou un réentraînement au travail, était susceptible d'aider l'expertisée à reprendre confiance dans ses capacités et diminuer progressivement sa kinésiophobie. Dans un rapport du 8 novembre 2018 à l'OAI, le Dr Z. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, suivant l'assurée depuis le 6 mars 2013, a posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble obsessionnel-compulsif F42, depuis 2009 et a estimé

- 4 - que la capacité de travail de sa patiente était de 50 % sur le plan psychologique, mais qu'elle était en arrêt de travail à 100 % depuis le 29 mai 2017 en raison de ses problèmes de santé physiques. Selon son psychiatre, si l'assurée était ralentie dans son travail en raison de ses troubles obsessionnels compulsifs qui généraient du stress au niveau psychologique une réadaptation professionnelle ne « devait pas poser de problème ». La psychothérapie et la médication se poursuivaient. Suivant le point de vue du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR ; avis médical du 19 novembre 2019 du Dr A. _____), l'OAI a recueilli des renseignements complémentaires auprès des médecins consultés par l'assurée, à savoir un rapport du 18 juillet 2019 du Dr L. _____, médecin associé au Service de neurochirurgie du CHUV, un rapport du 4 décembre 2019 du Dr C. _____ et un rapport du 12 juin 2020 du Dr Z. _____, qu'il a ensuite soumis au SMR pour prise de position (avis médical du 25 juin 2020 de la Dre J. _____) qui a fait le point de situation suivant : "Discussion : Jeune assurée en IT [incapacité de travail] depuis mai 2017 suite à la prise en charge d'une malformation d'Arnold Chiari avec évolution favorable, et récupération d'une pleine CT [capacité de travail] dans son activité habituelle d'auxiliaire de vente depuis le 23.01.2018 (selon expertise du 19.09.2018 et rapport de consultation

neurochirurgicale du 3.01.2018), mais l'IT est prolongée suite à une atteinte psychiatrique préexistante (TOC, troubles anxieux) qui a pu donc avoir des conséquences sur la CT préalable (assurée travaillant à 50% avant son IT actuelle) et limitant la CT à 50% selon l'expertise (CT 100% avec baisse de rendement de 50 %). L'expert proposait de modifier le traitement (augmenter la Fluoxétine à 60 mg, voir de changer la molécule) afin d'améliorer le rendement. L'expert relève par ailleurs la fixation de l'assurée dans un rôle de malade et les bénéfices secondaires qu'elle en tire ce qui risquerait de compliquer la prise en charge et d'assombrir le pronostic de guérison. Depuis cette expertise les modifications thérapeutiques n'ont pas été appliquées et la CT reste de 50 %. Conclusion : Il s'agit d'une situation complexe. Sur le plan somatique la situation est favorable, on peut admettre une IT totale du 29.05.2017 au 23.01.2018.

- 5 - Sur le plan psychiatrique la situation est plus délicate, avec une IT 50 % vraisemblablement antérieure à mai 2017, qu'il convient de définir, et la prise en charge thérapeutique dont il convient de déterminer l'exigibilité, et une CT résiduelle actuelle qu'il convient de déterminer en tenant compte de la majoration des symptômes actuelle, ainsi que son évolution depuis la dernière expertise de septembre 2018. Pour cela nous demandons une expertise psychiatrique." L'OAI a confié une expertise psychiatrique de l'assurée au Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Dans son rapport du 19 novembre 2020, cet expert a posé les diagnostics de trouble obsessionnel compulsif (TOC), bien stabilisé grâce à la prise en charge psychiatrique, qui se manifestent par des rituels qui ont été vraisemblablement décompensés en 2017 et 2018 et de trouble anxieux mixte, bien compensé grâce à la prise en charge psychiatrique. Sur la base de ses propres constatations, l'expert psychiatre a estimé que l'incapacité de travail était totale du 29 mai 2017 jusqu'à fin 2018, et que depuis janvier 2019 l'assurée était capable de travailler à 100 %, sans baisse de rendement. Dans un rapport SMR du 15 décembre 2020, faisant siennes les constatations et conclusions de l'expert H._____, la Dre J._____ a retenu comme atteinte principale à la santé un trouble obsessionnel compulsif TOC (F42). Elle a posé comme pathologie associée du ressort de l'assurance-invalidité un status post cure malformation d'Arnold Chiari le 30 juin 2017. Les facteurs qui n'étaient pas de l'assurance-invalidité étaient un trouble anxieux mixte et un status post distorsion cervicale simple le 23 octobre 2017. Le médecin a retenu une incapacité de travail de 100 % en toute activité du 29 mai 2017 au 31 décembre 2018 ainsi que les limitations fonctionnelles suivantes : « pas d'activité physique particulièrement lourde, de port régulier de charges >10-15 kg ». Sur la base de l'expertise psychiatrique de novembre 2020 qu'elle qualifiait de rassurante, la Dre J._____ était d'avis que ce document montrait le fonctionnement correct de l'assurée au quotidien, gérant ses quatre enfants dont un bébé né en avril 2020 ; l'amélioration de son TOC permettait la récupération d'une capacité de travail de 100 % en janvier 2019. La capacité de travail de 50 % souhaitée par l'assurée et validée par

- 6 - le psychiatre traitant était à mettre en lien avec son statut de mère de quatre jeunes enfants. Une évaluation économique sur le ménage a été réalisée le 10 mars 2021 par téléphone avec l'assurée. Dans son rapport du 16 mars 2021, l'enquêteur a retenu un statut de 50 % active et 50 % ménagère. Il n'a pas constaté d'empêchement chez l'assurée dans l'accomplissement des travaux habituels. On extrait en particulier ce qui suit de la rubrique « 5. -Statut » de ce rapport d'évaluation : "Motivation du statut : Madame D._____ vit avec son époux et ses 4 enfants nés en 2005, 2011, 2015 et 2020. Son époux n'a actuellement pas d'emploi, il perçoit une rente Suva suite à un accident sur son lieu de

travail en 2015. Selon l'intéressée, la capacité de travail de son mari est de 100% dans une activité adaptée. Cependant, en raison de ses limitations, il lui est très difficile de trouver un emploi. L'intéressée explique que jusqu'en décembre 2020, celle-ci avait une activité lucrative auprès de [...] Sarl à un taux de 50% en tant que nettoyeuse de surface. Il s'agissait d'un travail effectué tous les matins. Dès lors, en raison de la pandémie de Covid, l'assurée a été licenciée et se trouve actuellement inscrite au chômage à 50 % depuis janvier 2021. Au niveau de la situation financière, l'assurée estime que depuis l'accident de son époux, les fins de mois sont difficiles. Ils ont cumulé des dettes depuis que l'époux a terminé son droit au chômage. Le couple a 4 enfants, la garde de ceux-ci se partage au sein du couple étant donné que l'époux ne travaille pas et que l'intéressée avait une activité à 50%. Statut proposé par l'évaluateur : Au vu des informations récoltées par le biais de l'assurée, des informations au dossier (CI, formulaire 531bis, expertise du 20.11.2020), du fait que l'intéressée a 4 enfants, qu'elle soit inscrite au chômage à 50% et que malgré leur problème financier, Madame D. _____ n'a pas recherché d'activité à un taux supérieur à 50% et cela même avant son atteinte à la santé. Dans l'expertise du 20.11.2020 (p. 25), l'intéressée stipule vouloir travailler à 50 % car elle serait incapable de faire plus à cause de ses enfants. [...]” Par projet de décision du 27 avril 2021, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer le droit à une demi-rente d'invalidité du 1er juin 2018 au 31 mars 2019 sur la base d'un degré d'invalidité de 50 % calculé d'après la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité au vu d'un statut de 50 % active et 50 % ménagère. Depuis

- 7 - janvier 2019, une pleine capacité de travail était reconnue dans l'activité antérieure comme auxiliaire de vente, ainsi que dans toute activité professionnelle adaptée ; par conséquent, le droit à la demi-rente s'éteignait le 31 mars 2019, à savoir trois mois après l'amélioration de l'état de santé constatée. A l'appui de ses objections non datées mais reçues le 10 mai 2021, l'assurée a demandé à l'OAI l'octroi d'une rente entière du 29 mai 2017 au 30 avril 2019, puis d'une demi-rente à partir du 1er mai 2019 sans limitation temporelle. Le 21 juin 2021, l'OAI a enregistré une lettre du 15 juin 2021 de la psychologue et psychothérapeute FSP A. _____ contestant la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du Dr H. _____ du 19 novembre 2020 (en raison d'erreurs) et indiquant que sa patiente sollicitait la réalisation d'une nouvelle expertise par un autre expert et cela en présence d'un avocat. Le 16 juillet 2021, l'assurée a fait part de ses propres critiques sur le rapport d'expertise psychiatrique de novembre 2020 au dossier. Après avoir pris position sur les objections formulées, l'OAI a, par décision du 1er décembre 2021, alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1er juin 2018 au 31 mars 2019, sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %, conformément à la teneur de son projet de décision du 27 avril 2021. B. Par acte du 14 janvier 2022 (date du timbre postal), D. _____, représentée par Daniel Strub de Swiss Claims Network SA, exerce un recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, subsidiairement à la reprise de l'instruction de sa cause afin que soit mis en œuvre une expertise neurologique et psychiatrique, ainsi qu'une enquête à domicile. Elle conteste le statut retenu à raison de 50 % active et 50 % ménagère, soutenant qu'elle doit être considérée comme active à 100 %, ainsi que la capacité de travail résiduelle, estimant ne pas pouvoir travailler plus qu'à 50 %. Elle a produit un rapport du 11 janvier 2022 adressé à son

- 8 - représentant par la Dre E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, consultée depuis le 29 septembre 2020, qui s'est exprimée comme suit sur le rapport

d'expertise psychiatrique du 19 novembre 2020 du Dr H. _____ : "A aucun moment il n'est mentionné dans l'expertise le trouble de panique dont Mme D. _____ souffre depuis 2009 (que le Dr Z. _____ a évoqué dans un premier rapport pour l'AI). La patiente présente des attaques de panique pendant les périodes très stressantes de sa vie, comme : - en 2009, à la suite d'un conflit familial, - en 2012, à la suite du divorce de son frère, - en 2016 après les malaises vagues quand elle craignait de mourir, - et depuis juillet 2021, quand elle a reçu le rapport d'expertise du Dr H. _____ et depuis quand les symptômes anxio-dépressifs se sont aggravés. Autre élément, le diagnostic de trouble dépressif récurrent depuis 2009 lorsqu'elle a fait sa première dépression. En 2012, Mme D. _____ a fait une rechute dépressive qui l'a amenée à consulter le Dr Z. _____ ainsi qu'en 2014 également, à la suite de l'accident au travail de son mari (il est tombé de 8 m avec une fracture ouverte de l'épaule). Il faut également tenir compte du décès d'une de ses sœurs aînées, en raison d'une maladie cérébrale congénitale et du syndrome d'Arnold Chiari, qui est resté non diagnostiqué jusqu'en 2017. La patiente a toujours eu des angoisses de mort et le sentiment de ne pas être comprise par les médecins malgré des symptômes invalidants pour elle. Elle se décrit d'une humeur dépressive depuis son enfance, avec des difficultés à approfondir ses études plus tard et à garder un travail stable en tant qu'adulte. Actuellement la patiente verbalise une tristesse, une fatigue importante, des problèmes de concentration et des oublis dans son quotidien, des ruminations, un sentiment d'échec par rapport à sa vie professionnelle et d'injustice par rapport aux médecins. Elle se réveille à 2 h du matin et à 5 h, et présente malgré la médication un sommeil fragmenté et peu reposant. Au niveau sexuel, la patiente ne prend pas plaisir comme auparavant et elle a perdu son appétit, sans perte de poids. Face au stress, la patiente présente des douleurs abdominales intenses, la sensation de tête qui serre, une perte de sensibilité dans la moitié de la tête qui peuvent durer toute la journée. Pendant les attaques de panique elle accuse une hyperventilation, un vertige, des fourmillements dans le bras en partant de la nuque et une peur intense de mourir. Selon la patiente, pendant l'expertise avec le Dr H. _____, le dialogue avec elle a duré 45 minutes, le reste du temps il a rempli des formulaires. Elle a parlé de sa dépression chronique, sujet qui a été banalisé dans le rapport final. Le Dr H. _____ ne lui a pas non plus donné de questionnaire à remplir pour évaluer un trouble dépressif ou anxieux. Je ne vois pas comment il aurait pu contester les rapports des thérapeutes de Mme D. _____ qui la connaissent

- 9 - depuis 2012, ni comment il a pu évaluer sa capacité de concentration en 45 minutes sur un seul entretien, raison pour laquelle je conteste ses conclusions. De plus, la patiente ne travaille pas depuis 2017 donc on ne peut pas se prononcer sur une capacité de travail à 100% sans tout d'abord tester son endurance sur le terrain, comme dans un atelier occupationnel. Je trouve ses conclusions trop optimistes et il ne prend pas en compte les observations de ses confrères. D'autre part, la maladie somatique symptomatique de Mme D. _____ a entraîné des répercussions sur sa vie professionnelle avec des limitations au niveau physique et psychique. La patiente reste très sensible à l'hyperstimulation avec une répétition de son sentiment d'échec et des rechutes dépressives malgré les changements d'antidépresseurs essayés. Actuellement, elle prend de la Venlafaxine 150 mg, Trittico 50 mg et Temesta 1 mg en réserve, traitement adapté à sa symptomatologie et qui l'aide à garder un équilibre dans sa situation actuelle. Tout changement risque de la perturber et de la décompenser. Un changement de la médication ne change pas une amélioration de sa capacité de travail. Selon le CIM 10 la patiente souffre de : F34.8 Autres troubles de l'humeur persistants. F41.0 Trouble de panique sans agoraphobie. F42.1 Trouble

obsessionnel compulsif avec composante compulsive au premier plan. Au vu des diagnostics évoqués et de la situation sociale de la patiente, à mon avis, un travail à plus de 50 % n'est pas envisageable. Face au stress, la patiente présente une recrudescence des angoisses sous forme d'attaques de panique ou des ruminations et risque de rechuter au niveau dépressif. De plus, elle verbalise souvent des céphalées, des troubles de la mémoire et de la concentration et une fatigue importante, avec un rendement diminué de ses activités quotidiennes." Dans sa réponse du 10 mars 2022, produisant un avis SMR du

E. 28

février 2022 auquel il se rallie, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Dans sa réplique du 22 mars 2022, la recourante a persisté dans ses précédentes conclusions, étant d'avis que l'instruction médicale est insuffisante et le statut valablement contesté en sorte que le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé est erroné et ne peut être retenu.

- 10 - Dans sa duplique du 19 avril 2022, l'OAI maintient sa position en renvoyant aux explications dans sa réponse du 10 mars 2022. Le 26 avril 2022, la recourante fait savoir qu'elle n'a aucune détermination complémentaire à déposer. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un 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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. c LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité sans limitation temporelle en faveur de la recourante. 3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès

- 11 - lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date, que les faits pertinents se sont déroulés antérieurement au 31 décembre 2021 et que l'ouverture du droit à la rente remonte à 2018. 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique,

mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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

- 12 - valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art.

E. 29

al. 1 et 3 LAI). c) Le statut de l'assuré (assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel) détermine la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable, entre les trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus applicable aux assurés exerçant une activité lucrative à temps complet, art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; méthode spécifique de comparaison des champs d'activité, applicable aux assurés non actifs, art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 8 al. 3 LPGA et l'art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; méthode mixte, applicable aux assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel, art. 28a al. 3 LAI). La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles. Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (ATF 130 V 393 consid. 3.3 ; TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 et la référence). Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité d'accomplir les travaux habituels a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

- 13 - d) Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de

tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante admis que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.3 et les références citées).

- 14 - e) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). f) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). g) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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 - 15 - dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au

demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3, TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). 5. La recourante conteste le statut mixte de 50 % active et 50 % ménagère, exposant qu'à défaut d'atteinte à sa santé, elle exercerait une activité lucrative à « un taux plus important que 50% », car ce ne serait pas par choix mais en raison de son atteinte à la santé qu'elle travaillerait à 50 %. Elle estime que la situation économique de la famille et notamment l'incapacité de travail de son époux, justifierait qu'elle travaille à temps complet. En l'occurrence dans le formulaire 531bis « DETERMINATION DU STATUT (PART ACTIVE / PART MENAGERE) » complété au début de la procédure le 19 février 2018, lorsque les propos ne sont pas ou peu influencés par la procédure (règle dite des « premières déclarations » ; ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 9C_250/2021 du 24 mars 2022), l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle

- 16 - travaillerait à un taux de 50 % depuis le 1er mai 2017 comme vendeuse par nécessité financière. Certes, cette déclaration – même si elle est intervenue spontanément dès le début de la procédure d'instruction – ne saurait à elle seule servir à fixer le statut de la recourante. A cet égard, elle a réitéré ces propos lors de l'enquête ménagère réalisée le 10 mars 2021 par téléphone et aussi lors de l'expertise psychiatrique de novembre 2020 du Dr H._____ (déclarant qu'elle souhaiterait travailler à 50 % car elle ne pensait pas pouvoir en faire davantage à cause de ses enfants). De surcroît, le fait qu'elle soit mère de quatre enfants, dont le dernier né en avril 2020, qu'elle a toujours occupé des activités professionnelles à temps partiel, même avant d'avoir trois enfants, corroborent le constat voulant qu'une activité lucrative à temps plein semble irréaliste au vu de l'ensemble des circonstances. Ainsi, le fait que la recourante n'a pas de formation, qu'elle a occupé des emplois sur de courtes durées, même avant la connaissance de son atteinte à la santé en dépit d'un diagnostic qu'elle qualifie de tardif, ne permet pas de suivre cette dernière lorsqu'elle tente d'affirmer qu'elle aurait travaillé à plein temps sans atteinte à la santé, ce d'autant qu'elle ne présente plus d'atteinte à la santé jugée incapacitante et que jusqu'en décembre 2020, elle a repris une activité lucrative comme nettoyeuse de surface auprès de [...] Sàrl à un taux de 50% et qu'après la perte de cet emploi en raison de la pandémie de Covid, elle s'est inscrite au chômage à 50 % depuis janvier 2021. Quant à l'argument de la nécessité d'un poste de travail à 100 % vu l'incapacité de travail de son époux, il faut remarquer que l'accident de ce dernier remonte à 2015 et qu'elle n'avait pas augmenté son taux avant le diagnostic de 2017. Vu ce qui précède, il n'y a pas lieu de remettre en cause le raisonnement qui a conduit l'intimé à conclure, dans le cas particulier, à l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Il convient de confirmer le statut mixte de 50 % active et 50 % ménagère tel qu'arrêté par l'office intimé. 6. En ce qui concerne la part que

la recourante consacre à l'exercice d'une activité lucrative, elle dénonce la violation de la maxime d'office en tant que l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise dressé par le Dr H._____ « en moins d'une heure », retenant une capacité de travail

- 17 - complète sans diminution de rendement depuis janvier 2019, rapport qu'elle qualifie « d'incomplet, erroné et arbitraire ». Elle expose que l'expert s'est montré « désintéressé de manière marquée face à sa problématique » et qu'il n'a pas pris en considération plusieurs manifestations de sa maladie le syndrome d'Arnold-Chiari et vu « l'indigence des examens réalisés par l'expert », elle estime que le rapport est « inexploitable ». Elle oppose les rapports de ses médecins dont elle reconnaît qu'ils sont insuffisants en insistant sur la nécessité de compléter l'instruction sur sa malformation de Chiari. Dans l'expertise psychiatrique, le Dr H._____ retient les diagnostics de trouble obsessionnel compulsif (TOC), bien stabilisé grâce à la prise en charge psychiatrique, qui se manifestent par des rituels qui ont été vraisemblablement décompensés en 2017 et 2018 et de trouble anxieux mixte, bien compensé grâce à la prise en charge psychiatrique, estimant la capacité de travail comme nulle du 29 mai 2017 jusqu'à fin 2018 et entière, sans baisse rendement, depuis janvier 2019. Le rapport du 19 novembre 2020 remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Fondé sur une synthèse des documents consultés, il dresse les arrêts de travail et leur cause, contient une anamnèse, un résumé de l'entretien, une évaluation circonstanciée du cas y compris dans l'accomplissement des tâches ménagères. L'appréciation de la situation médicale est claire et débouche sur des conclusions motivées. L'entretien a duré une heure et trente minutes et non quarante-cinq minutes comme le soutient l'assurée. Il n'y a par conséquent aucun motif de s'écarter de la durée d'examen mentionnée par l'expert psychiatre. Au demeurant, le rôle de l'expert consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 et la référence), si bien que le grief de la recourante selon lequel, l'expert H._____ l'a vu durant une durée limitée est mal fondé. On peut en principe accorder pleine valeur probante à ce rapport, sous réserve d'un rapport médical qui remet en doute les

- 18 - conclusions de cette expertise psychiatrique. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. Dans un rapport du 29 janvier 2018 au médecin-conseil de [...] Assurance-maladie SA, le Dr C._____ a posé les diagnostics de cervicalgies post-opératoires persistantes, de cervico-brachialgies et de trouble anxio-dépressif, notant que seul ce dernier était incapacitant mais qu'une lente évolution favorable était attendue. Il a émis des réserves sur la reprise progressive d'une capacité de travail par sa patiente mais non en raison d'atteintes à la santé, plutôt au vu de facteurs psycho-sociaux (licenciement récent). Le médecin traitant, réinterrogé en novembre 2019 par l'OAI, a confirmé qu'une incapacité de travail n'était pas somatique (rapport du 4 décembre 2019 du Dr C._____). Le même constat en substance est dressé par le Dr L._____, neurochirurgien opérateur, qui constate qu'une incapacité de travail relève d'un état psychiatrique, et n'établit plus d'arrêt de travail en janvier 2018 pour la malformation de Chiari opérée. Le 18 juillet 2019, ce médecin spécialiste constate que l'assurée est très satisfaite du résultat de la Chiari Type I opérée il y a deux ans en confirmant une « excellente évolution clinique et radiologique ». L'expertise réalisée par les Drs G._____ et P._____ en octobre 2018 pour [...] Assurance-maladie SA coïncide avec l'expertise psychiatrique mise en œuvre par l'OAI et les rapports du Dr C._____. Ces experts retiennent les diagnostics de trouble obsessionnel compulsif avec comportements compulsifs au premier plan (F42.1), de trouble

anxieux mixte (F41.2) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), de status après cure de malformation d'Arnold Chiari de degré I pour céphalées récidivantes depuis l'enfance et de status après distorsion cervicale simple de degré II selon la Québec Task Force le 23 octobre 2017, sans aggravation des troubles préalables, en retenant uniquement les deux premiers diagnostics comme influant la capacité de travail. Aussi, seuls les diagnostics du registre psychiatrique sont retenus comme incapacitants. Ils estiment que l'assurée bénéficie

- 19 - d'une pleine capacité de travail en toute activité dès le début janvier 2019, sans diminution de rendement. Le précédent psychiatre, le Dr Z. _____, a dans un rapport du 8 novembre 2018, exposé que l'incapacité de travail découlait de la malformation de Chiari, relevant que sa patiente avait toujours pu travailler en dépit d'un TOC et qu'au niveau psychologique une réadaptation professionnelle ne « devait pas poser de problème ». En juin 2021, une psychologue, Mme [...] se montre plus nuancée et expose que l'état psychique de sa patiente est « beaucoup influencé » par les problèmes physiques du Chiari type I. Or, les médecins neurochirurgiens ne constatent plus de séquelles de la malformation. Cette intervenante juge le TOC invalidant, alors qu'il ne l'était pas jusque-là (aucun médecin ne l'avait attesté), mais sans présenter aucune explication à ce constat. Faute d'être étayée, la nature incapacitante des TOC peine à remettre en cause l'expertise psychiatrique justement diligentée en raison des doutes sur la situation de cette assurée (cf. avis médical SMR du 25 juin 2020 de la Dre J. _____) et les précédents constats, d'autant que le rapport émane d'une psychologue non d'un médecin. Il convient de relever que le rapport du 11 janvier 2022 de la nouvelle psychiatre, la Dre E. _____, se limite à rapporter les propos de sa patiente et à poser des diagnostics sur des situations antérieures lorsque la Dre E. _____ ne suivait pas encore la recourante. Ensuite, cette psychiatre retient trois diagnostics (pour rappel, F34.8 Autres troubles de l'humeur persistants, F41.0 Trouble de panique sans agoraphobie et F42.1 Trouble obsessionnel compulsif avec composante compulsive au premier plan) du registre psychiatrique mais ne les qualifie pas d'incapacitants. Enfin, dans l'évaluation de la capacité de travail, elle tient compte de la situation psycho-sociale et du déconditionnement de sa patiente, facteurs étrangers à l'assurance-invalidité. Son avis paraît plutôt procéder d'une appréciation différente de l'état de sa patiente sur le plan médical, le médecin traitant étant au demeurant généralement enclin, en

- 20 - cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; TF 9C_54/2021 du 25 février 2022 consid. 5.4). Un tel rapport ne saurait mettre en doute la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du 19 novembre 2020. Enfin, il convient de relever que le manque de substance des avis du SMR en comparaison des autres avis médicaux dont se prévaut la recourante, n'est pas justifié. Il y a lieu de rappeler que les avis du SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI (TF 9C_858/2014 du 3 septembre 2015 consid. 3.3.2). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 8C_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 6.2.4 ; 8C_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 4.4). Cela étant, le fait que les avis SMR se fondent sur le dossier médical sans examen clinique n'est pas un motif en soi de non-validité de l'avis établi le 28 février 2022 par la Dre J. _____ dès lors qu'un médecin peut se prononcer

sur la base du dossier médical lorsqu'il s'avère complet, comme en l'espèce. Sur la base du dossier, il ressort que les médecins sont unanimes, y compris les médecins traitants, pour admettre que la malformation de Chiari opérée n'affecte pas la capacité de travail. Seuls des troubles du registre psychiatrique pourraient avoir une incidence mais sont considérés comme traités, stabilisés (expert H._____, experts G._____ et P._____ et Dr Z._____). Or ces troubles ont fait l'objet d'investigations de l'OAI par la mise en œuvre d'une expertise confiée à un spécialiste. Le rapport d'expertise psychiatrique du 19 novembre 2020 du Dr H._____ a valeur probante et aucun document au dossier ne le remet en doute, il est de surcroît corroboré par certains médecins traitants (Dr Z._____), et même le rapport médical de la psychiatre traitante (Dre E._____) ne permet pas de remettre en cause l'expertise, puisqu'elle rapporte des sentiments subjectifs de sa patiente et admet fixer une

- 21 - capacité de travail en prenant en considération des facteurs sociaux étrangers à l'assurance-invalidité. C'est par ailleurs le lieu de rappeler que les assurés sont tenus de se soumettre au traitement raisonnablement exigible afin qu'ils récupèrent une pleine capacité de travail. En définitive, le grief d'instruction lacunaire doit être rejeté et il n'y a pas lieu de compléter l'instruction par la réalisation d'une nouvelle expertise par un autre expert et cela en présence d'un avocat comme le requiert la recourante (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). Sur la base des conclusions, probantes, du rapport d'expertise psychiatrique du Dr H._____ du 19 novembre 2020, on retiendra que la recourante a présenté une capacité de travail nulle du 29 mai 2017 jusqu'à fin 2018 en toute activité, puis totale et sans diminution de rendement dès janvier 2019 tant dans l'activité antérieure comme auxiliaire de vente que dans toute activité professionnelle adaptée. 7. Pour la part que la recourante consacre à l'accomplissement de ses travaux habituels, elle demande qu'une enquête ménagère sur place soit réalisée et non par téléphone. S'agissant du déroulement de l'enquête ménagère et de sa requête de renouvellement, s'il est vrai que l'enquête par téléphone peut sembler inappropriée car l'enquêteur se trouve dans l'impossibilité de constater visuellement les empêchements et semble se contenter de rapporter les propos de la personne assurée, une nouvelle enquête sur place n'est cependant pas de nature à permettre de déterminer le statut de l'assurée ni d'étendre les empêchements. La présence physique de l'enquêteur – difficilement réalisable au jour où l'enquête a eu lieu en mars 2021 durant la pandémie de Covid 19 – lui permet certes de faire certaines constatations, mais pas d'examiner rétroactivement si la recourante aurait effectivement ou non accompli un emploi à temps complet en étant en bonne santé. Quant aux empêchements ménagers, l'enquêteur a posé les questions idoines pour compléter son enquête, et

- 22 - n'a pas estimé indispensable de se déplacer physiquement, en sorte qu'on ne voit pas quels constats supplémentaires pourraient apporter une visite au domicile de l'intéressée, spécialement pour déterminer d'éventuels empêchements a posteriori. A noter que selon la jurisprudence (cf. consid. 4f supra), les limitations fonctionnelles pour l'exercice d'une activité lucrative sont déterminées par les médecins ou spécialistes en orientation professionnelle, alors que l'enquêteur se concentre sur les empêchements ménagers, en sorte que ce n'est pas parce qu'un empêchement ménager est constaté qu'il a les mêmes répercussions sur l'exercice d'une activité salariée. La requête d'administration de preuve n'est pas de nature à rendre vraisemblable les faits allégués et doit en conséquence être rejetée. Il n'y a pas lieu de s'écarter de l'enquête ménagère du 10 mars 2021 par téléphone

retenant l'absence d'empêchement chez l'assurée dans l'accomplissement des travaux habituels. 8. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, il n'y a pas lieu de s'écarter des éléments retenus par l'OAI. Compte tenu du dépôt de la demande de prestations le 22 décembre 2017 (art. 29 al. 1 LPGA), la recourante a droit à une rente limitée dans le temps pour la période allant du 1er juin 2018 au 31 mars 2019, sur la base d'un degré d'invalidité de 50 % calculé d'après la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité au vu d'un statut de 50 % active et 50 % ménagère. Depuis janvier 2019, une pleine capacité de travail est reconnue dans l'activité antérieure comme auxiliaire de vente ainsi que dans toute activité professionnelle adaptée, en sorte que le droit à la demi-rente s'éteint le 31 mars 2019, trois mois après l'amélioration de l'état de santé (art. 88a al. 1 RAI). 9. a) En conclusion, le recours doit être rejeté, de même que les requêtes d'administration de preuve et la décision déferée de l'OAI du 1er décembre 2021 confirmée.

- 23 - 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 recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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