

VD_GERICHTE ZD22.001849 vom 22. Dezember 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.001849

FR: VD_GERICHTE ZD22.001849 du 22 décembre 2023

IT: VD_GERICHTE ZD22.001849 del 22 dicembre 2023

Erwägungen

E. 2

a) Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé, par sa décision du 20 décembre 2021, à octroyer à la recourante une rente d'invalidité échelonnée dans le temps à compter du 1er décembre 2018 (degré d'invalidité de 55 % avec périodes de 100 %). La recourante conclut, quant à elle, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité en continu dès le 1er janvier 2019, l'octroi d'une rente entière d'invalidité en décembre 2018 n'étant pas contesté. b) aa) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » ([Développement continu de l'AI], modification du 19 juin

- 18 - 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Ainsi, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1er janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1er janvier 2022. bb) Si la décision concernant la révision d'un premier octroi de rente échelonnée ou limitée dans le temps est rendue après le 1er janvier 2022, mais porte sur une modification déterminante du droit qui a pris naissance avant cette date, ce sont les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent (cf. ch. 9102 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance- invalidité [CIRAI] valable dès le 1er janvier 2022). cc) En l'occurrence, la date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). Le droit applicable reste, par conséquent, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dès lors que l'état de santé de la recourante s'est amélioré en septembre 2018 (droit à une demi-rente dès le 1er janvier 2019), en mai 2019 (droit à une demi-rente dès le 1er septembre 2019) et en novembre 2020 (droit à une demi-rente dès le 1er mars 2021).

E. 3

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 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité

- 19 - alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). Selon l'art. 29bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28, al. 1, let. b, LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

E. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un

- 20 - 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.

E. 5

a) 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). b) Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_548/2013 du 2 octobre 2013 consid. 5.2.2 ; TF 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I 207/04 du 23 juin 2004 consid. 7 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1 ; TFA I 143/03 du 26 mai 2003 consid. 3.3).

E. 6

a) 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

- 21 - exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que 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 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). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculogique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

- 22 - d) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient 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. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées ; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

E. 7

En l'espèce, les experts du Centre M. _____ ont retenu que l'assurée avait présenté une incapacité totale de travail à compter du 8 janvier 2017, en se référant à cet égard à un rapport du 5 mai 2017 de l'Hôpital N. _____ faisant état d'une lombosciatalgie droite S1 existant depuis quatre mois (cf. complément d'expertise du 26 mars 2021, pp. 4 et 6). Dans

la mesure où aucun changement ne s'est produit entre la première et la seconde chirurgie en mai 2018 (ibidem, p. 4), il y a lieu d'admettre l'existence d'une incapacité totale de travail perdurant jusqu'au 29 septembre 2018 inclus. En effet, à compter du 30 septembre 2018, les experts ont estimé que la recourante disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiatriques. Dite capacité s'est prolongée jusqu'au 17 mars 2019 inclus puisque, dès le 18 mars 2019, les experts du Centre M. _____ ont retenu une incapacité totale de travail pour des raisons psychiatriques compte tenu de six entretiens de liaison se poursuivant jusqu'au 1er mai 2019 en raison des idées suicidaires verbalisées par l'assurée (cf. rapport du Département de psychiatrie de l'Hôpital N. _____ du 20 mai 2019 et rapport d'expertise du Centre M. _____ du 15 octobre 2020, p. 6). Dans leur rapport complémentaire du 26 mars 2021 (p. 5), les experts ont expliqué que, lors de leur (premier) examen clinique effectué le 27 août 2020, ils avaient jugé que l'assurée était en mesure, du point de vue psychiatrique, de travailler à 50 % dès le 2 mai 2019, car ses ressources personnelles et ses mécanismes adaptatifs étaient diminués à cause du trouble somatoforme et de l'épisode

- 23 - dépressif. Dite capacité a duré jusqu'au 20 septembre 2020, car, lors de leur examen complémentaire du 11 mars 2021, ils ont appris que l'assurée avait été hospitalisée à la Clinique B. _____ du 21 septembre au 13 novembre 2020, période durant laquelle elle avait présenté une incapacité totale de travail, au sujet de laquelle ils ont malgré tout exprimé certaines réserves. Par la suite, l'assurée a séjourné d'abord à la Clinique G. _____ du 19 mai au 17 juin 2021 (cf. rapport du 7 juillet 2021) puis à la Clinique B. _____ du 18 novembre au 22 décembre 2021 (cf. certificat médical du 12 janvier 2022), ce qui avait entraîné une incapacité totale de travail durant chacune de ces périodes.

E. 8

Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par le Centre M. _____. a) Le rapport du 15 octobre 2020 – tel que complété le 26 mars 2021 – remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Tant sur les plans rhumatologique et psychiatrique que sur celui de la médecine interne générale, l'expertise est fondée sur des examens cliniques complets, ce qui achève d'ôter toute pertinence au terme de « requestionnement » utilisé par la recourante (cf. écriture du 7 décembre 2022), dès lors qu'elle a à nouveau été examinée le 11 mars 2021 dans le cadre du complément d'expertise. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, socioprofessionnelle), elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical mis à disposition. Les experts se sont en particulier exprimés sur les rapports des autres médecins ayant examiné la recourante, exposant le cas échéant pour quelles raisons ils s'écartaient de leur point de vue. En outre, les plaintes de la recourante ont été prises en considération. Par ailleurs, les experts ont discuté les options thérapeutiques envisageables, évalué la cohérence et l'authenticité de même qu'ils ont examiné la personnalité, les ressources et les difficultés de la recourante, y compris dans le cadre de l'accomplissement des activités de la vie quotidienne. L'appréciation de la

- 24 - situation médicale est claire et débouche sur des conclusions soigneusement motivées. b) aa) Sur le plan rhumatologique, l'examen clinique pratiqué par le Dr D. _____ a mis en évidence des douleurs lombaires avec irradiation dans le membre inférieur droit avec paralysie du releveur du pied, séquellaire après deux interventions chirurgicales, douleur neuropathique (M54.3 et M52.10). S'agissant du rachis, la rotation globale était de 30° à

droite et à gauche avec des douleurs lombaires, une distance menton-sternum de 5 cm et une extension globale du rachis à 20° avec des douleurs lombaires, la distance doigt-sol étant de 58 cm ; à la palpation, il existait une douleur du trapèze à droite, une légère sensation douloureuse en cervical et dorsal, mais une douleur aiguë en rachis lombaire sur toute la hauteur des épineuses en paravertébral droite et gauche. L'examen des épaules était « normal » et n'a pas révélé d'atteinte ligamentaire ou tendineuse ni de douleurs acromio-claviculaires, de la même façon que celui des coudes a été qualifié de « normal », sans épicondylite ni épitrochléite. L'examen des poignets, des articulations métacarpo-phalangiennes, interphalangiennes distales et proximales était « normal » et n'a pas montré d'augmentation de volume ; les mobilisations étaient indolores et les amplitudes respectées ; l'expert n'a pas retrouvé de signe de Tinel, ni de douleur à la percussion du canal de Guyon ni des gouttières épitrochléo-olécrâniennes ; les réflexes ostéotendineux étaient normaux et symétriques sans signe de Hofmann. L'examen des hanches était « normal » même si leur mouvement déclenchait une douleur lombaire basse ; il n'y avait en revanche pas de douleur de l'aîne aux mouvements de pétrissage des membres inférieurs ; quant au syndrome clino-statique, il était difficile à rechercher car il déclenchait une douleur lombaire. L'examen des genoux était « normal » ; il n'y avait pas d'épanchement, les genoux étant froids et secs ; il n'y avait pas non plus de laxité latérale ni antéro-postale ; il n'y avait pas de douleur à la palpation des différents compartiments ni d'atteinte ligamentaire ou tendineuse. Tout comme l'examen des genoux, celui des chevilles a été qualifié de « normal » ; les mobilisations étaient indolores ; il n'y avait pas d'augmentation de volume et les amplitudes étaient

- 25 - respectées. Aux membres inférieurs, l'expert a retrouvé un signe de Lasègue du côté droit à 45° mais pas à gauche ; il n'y avait pas de signe de Léri ni à droite ni à gauche ; les réflexes ostéo-tendineux étaient normaux et symétriques ; le réflexe cutané plantaire était en flexion ; il existait en revanche une hypoesthésie complète à l'examen sensitif du membre inférieur droit et une paralysie complète des releveurs du pied à droite ; la force musculaire de la loge postérieure des jambes était respectée à droite comme à gauche ; la force musculaire du quadriceps droit était à M4+, tandis qu'elle était normale à gauche ; il n'y avait pas de diminution de la force musculaire des fléchisseurs de hanche. Le reste de l'examen neurologique n'avait pas mis en évidence de syndrome vestibulaire ni cérébelleux, les paires crâniennes étant normales. Au vu de son examen clinique, le Dr D._____ a estimé que la capacité de travail en tant qu'employée d'intendance était nulle, car ce poste était exercé en position debout, impliquait des marches répétées, ainsi que le port fréquent de charges pesant jusqu'à 10 kg. Il a en revanche considéré que l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % dans un poste administratif adapté aux limitations fonctionnelles suivantes : pas d'efforts de soulèvement de plus de 3 kg proches du sol, pas de porte-à-faux du buste ni de rotation répétée du buste, port de charge limité proche du corps à 3 kg, pas de piétinement, pas de montée et de descente d'escalier répétée, limiter la marche et les changements de position. bb) Dans leur rapport du 7 juillet 2021, les médecins de la Clinique G._____ ont posé le diagnostic principal de lombo-radiculalgies irritatives persistantes dans le membre inférieur droit d'origine multifactorielle, dont il convient d'admettre qu'il est largement superposable à celui retenu par le Dr D._____. Dans la mesure où l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, ils ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail, tout en qualifiant de défavorable le pronostic de réinsertion, aussi bien dans l'activité habituelle – en raison de facteurs médicaux – que dans une activité adaptée.

A propos de cette dernière, les médecins de la Clinique G._____ ont expliqué que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par la patiente

- 26 - (cotation élevée de la douleur au score BPI [Brief Pain Inventory], auto-évaluation des capacités fonctionnelles extrêmement basse, score de kinésiophobie très élevé à 65 points au questionnaire TSK [Tampa Scale of Kinesiophobia] et score de catastrophisme élevé à 47 points au questionnaire PCS [Pain Catastrophizing Scale]). Pour retenir un pronostic défavorable de réinsertion dans une activité adaptée, les médecins de la Clinique G._____ se sont ainsi essentiellement fondés sur les résultats des questionnaires d'auto-évaluation remplis par la recourante, alors même qu'il manque des éléments cliniquement objectivables pour les expliquer. Ils ont en outre fait état d'une perte de confiance envers le personnel médical, ainsi qu'une frustration vis-à-vis des organismes d'aide sociale, lesquels, selon l'assurée, ne reconnaissaient pas suffisamment son degré de handicap et la véracité de ses plaintes. Or il convient de rappeler que, en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité, le droit des assurances sociales s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie (voir ATF 127 V 294 consid. 5a). Dès lors, pour évaluer la capacité de travail, les médecins sont tenus de se distancer de facteurs psychosociaux ou socioculturels, qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. aussi rapport d'expertise du Centre M._____ du 15 octobre 2020, p. 24). Il appert ainsi que le pronostic défavorable de réinsertion dans une activité adaptée retenu par les médecins de la Clinique G._____ n'est guère convaincant, ce d'autant que les limitations fonctionnelles décrites par ces derniers sont largement superposables à celles retenues par les experts du Centre M._____ (cf. rapport de la Clinique G._____ du 7 juillet 2021, p. 9). Par ailleurs, la situation non stabilisée mentionnée par les médecins de la Clinique G._____ est liée à une discussion à propos d'une éventuelle opération chirurgicale – qui serait pratiquée en Italie – et ne consiste pas en une amélioration du cas puisque le pronostic était incertain quant aux douleurs. Il s'ensuit que cette assertion revêt un caractère hypothétique, compte tenu de l'absence de couverture en cas de réalisation de l'intervention à l'étranger mais aussi du bénéfice que la recourante pourrait en retirer en termes d'amélioration des douleurs. Le Dr D._____ a du reste retenu que la douleur neurologique actuelle était une douleur neuropathique définitive associant coup de poignard, paresthésies, engourdissement,

- 27 - hypoesthésies au tact, courants électriques et brûlures caractéristiques. Il a toutefois estimé que la capacité de travail était de 50 %, sans faire mention de circonstances particulières susceptibles de compromettre la reprise d'une activité adaptée. Les rapports des Drs A._____ et S._____ des 13 novembre et 19 juillet 2021 ne se prononcent sur la capacité de travail ni dans l'activité habituelle ni dans une activité adaptée, le premier étant orienté sur la question d'une faute professionnelle lors des interventions de 2017 et 2018, raison pour laquelle il doit être écarté, faute d'être pertinent en l'occurrence. Quant au Dr S._____, il préconise une thérapie physique sans indication pour une intervention chirurgicale. La capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée aux séquelles lombo-radiculaires est par ailleurs confirmée par le Dr T._____ (rapport du 23 mai 2022). S'agissant enfin du rapport d'expertise du Dr V._____ du 23 octobre 2023, il ne permet pas de susciter un doute quant au bien-fondé des conclusions rendues par le Dr D._____. Il convient tout d'abord de relever que ce médecin ne discute à aucun moment du contenu de l'expertise mais se contente d'opposer sa propre appréciation de la capacité

de travail, estimée à 0 %. Ensuite, les problématiques exposées s'inscrivent dans le contexte d'une éventuelle responsabilité à raison des interventions chirurgicales pratiquées en 2017 et 2018, à savoir des questions étrangères au présent litige. c) Sur le plan urologique, il est précisé dans le rapport de consultation du 16 juin 2021 à la Clinique G. _____ que l'incontinence urinaire par impériosité est apparue à la suite de la deuxième intervention chirurgicale en 2018. Cette sensation de besoin est souvent impérieuse et entraîne des fuites parfois conséquentes. Il s'avère que l'incontinence urinaire a été relevée par l'expert X. _____ lequel a également mentionné des fuites urinaires depuis la deuxième chirurgie et retenu une impériosité si la vessie était pleine sans toutefois estimer que ce diagnostic avait des répercussions sur la capacité de travail, dès lors que l'assurée portait des protections (rapport d'expertise du Centre M. _____ du 15 octobre 2020, p. 20). Ces éléments ont été confirmés par l'assurée lors de la consultation urologique à la Clinique G. _____ en ce sens

- 28 - qu'elle a précisé qu'avant de sortir de chez elle, elle urinait par précaution et prenait des protections de rechange. d) aa) Sur le plan psychiatrique, on relève qu'il n'y a aucun rapport de consultation psychiatrique à la Clinique G. _____. Au cours du séjour, les entretiens individuels avaient porté sur la douleur et ses conséquences en termes d'incertitudes et de doutes sur soi. En groupe, l'assurée avait participé à une initiation à la relaxation et aux différents modules du groupe de gestion de la douleur dans l'idée d'étoffer sa palette d'outils (mécanisme de la douleur, stratégie d'attention, impacts sur les pensées). Il n'en reste pas moins qu'elle a été invitée à reprendre contact avec son psychiatre traitant dès la fin de son séjour, ce qui ne semble pas avoir été le cas. En effet, dans son rapport du 5 juin 2023, le Dr R. _____ ne fait nulle mention d'une prise en charge ou d'un suivi de sa part, se limitant à répondre aux questions du mandataire de la recourante dans le cadre d'une procédure de révision de la rente engagée par ses soins le 16 mai 2023. bb) A la demande de son psychiatre traitant, l'assuré a séjourné à deux reprises à la Clinique B. _____, la première fois du 21 septembre au 13 novembre 2020 en raison d'un épisode dépressif sans symptômes psychotiques et la seconde, du 18 novembre au 22 décembre 2021, pour une décompensation de son état dépressif due à son handicap et à ses douleurs chroniques depuis 4 ans. aaa) En ce qui concerne le premier séjour, les experts du Centre M. _____ ont exprimé, dans leur rapport complémentaire du 26 mars 2021, leur avis au sujet de la symptomatologie décrite à l'entrée de la Clinique B. _____ : tristesse, anxiété, sentiment de dévalorisation, de désespoir, troubles du sommeil et de l'appétit, pas d'idées suicidaires ni d'éléments psychotiques. Au vu de ces éléments, les experts ont fait part de leur incompréhension quant au diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) retenu au terme de cette hospitalisation (cf. lettre de sortie du 24 novembre 2020). En effet, selon les critères de la CIM-10, au cours d'un épisode dépressif sévère, le sujet

- 29 - présente généralement un état de détresse associé soit à une agitation, soit à un ralentissement marqué ; le tableau clinique est habituellement dominé par une perte de l'estime de soi, des idées de dévalorisation ou de sentiment de culpabilité et comporte souvent des idées de suicide manifestes. Or l'état de l'assurée avait favorablement évolué durant le séjour, ce qui a conduit les experts du Centre M. _____ à retenir que, au moment de leur examen du 11 mars 2021, la symptomatologie clinique était la même que celle décrite lors de l'examen du 27 août 2020 par le Dr P. _____ (cf. rapport d'expertise du Centre M. _____ du 15 octobre 2020, p. 11) et qu'il n'y avait donc pas eu de véritable

amélioration. bbb) En ce qui concerne le second séjour, la Dre J._____, médecin auprès du SMR, a relevé, dans son avis médical du 10 mai 2022, que le rapport de la Clinique B._____ du 14 janvier 2022 faisait état d'un épuisement chronique avec des idées suicidaires, davantage présentes depuis quelques semaines, d'une rage en lien avec un sentiment d'injustice (fatigue, trouble de l'endormissement, tristesse, difficultés à se projeter dans l'avenir, culpabilité vis-à-vis de sa fille), ainsi que d'un blocage dû à l'absence de reconnaissance de sa maladie physique et de ses limitations. Cependant, le rapport précité rendait compte d'une symptomatologie globalement comparable à celle décrite lors de la première hospitalisation du 21 septembre au 13 novembre 2020, lors de laquelle une intensité dépressive sévère avait été retenue et ultérieurement remise en cause par les experts du Centre M._____. De son côté, la Dre J._____ a estimé que les éléments rapportés lors de la seconde hospitalisation ne permettaient pas de confirmer l'intensité sévère de la symptomatologie dépressive. En effet, il n'était pas fait état d'une anhédonie, d'une aboulie, de troubles de la concentration ou de l'attention, d'une perte d'appétit ou de poids ni d'une baisse de l'estime de soi. Or même en cas d'intensité sévère, au regard de l'amélioration constatée en fin de séjour, il fallait admettre que celle-ci s'était partiellement amendée. Ainsi, en l'absence de status de sortie, l'intensité devait tout au plus être qualifiée de moyenne. D'ailleurs, le rapport d'expertise du Centre M._____ du 15 octobre 2020 (pp. 10 et 12) évoquait une tristesse avec un sentiment d'infériorité et de dévalorisation,

- 30 - de même qu'un sentiment de culpabilité et d'injustice sous forme de colère à l'endroit du corps médical, tout en rendant compte de l'inquiétude exprimée par l'assurée quant à son avenir à laquelle étaient associées des idées noires, des troubles du sommeil ainsi qu'une tension nerveuse. Ces éléments avaient conduit le Dr P._____ à retenir un épisode dépressif léger à moyen avec syndrome somatique (F32.0 et F32.1) eu égard aux douleurs persistantes, sévères et pénibles. La Dre J._____ a conclu son avis en jugeant que la description figurant dans le rapport d'hospitalisation du 14 janvier 2022 s'écartait peu des constatations opérées lors de l'examen clinique effectué au Centre M._____ en août 2020. e) Dans leur évaluation consensuelle, les experts du Centre M._____ ont exposé que l'incapacité de travail de l'assurée était à la fois d'ordre rhumatologique au vu de ses difficultés à rester longtemps debout et à porter des charges jusqu'à 10 kg mais également d'ordre psychiatrique, car ses ressources personnelles et ses mécanismes adaptatifs étaient diminués à cause des troubles somatoformes et de l'épisode dépressif. Il convient dans ce contexte de souligner que, en présence d'atteintes à la santé physique et psychique, la fixation du taux d'incapacité de travail déterminant ne doit pas résulter de la simple addition des taux d'incapacité sur le plan somatique et psychique, mais d'une évaluation globale (cf. TF 9C_460/2010 du 16 décembre 2010 consid. 2.1 et considérant 5b supra). En l'occurrence, l'évaluation de la capacité de travail à 50 % se fonde sur une conférence consensuelle en présence de tous les experts concernés, si bien que la démarche du Centre M._____ ne prête pas le flanc à la critique. Il n'est par conséquent pas possible de fixer une incapacité de travail résiduelle globale de la recourante de 100 %, voire plus, dans une activité adaptée à son état de santé.

E. 9

Cela étant constaté, il convient d'examiner pour quels motifs les séjours effectués à la Clinique G._____ du 19 mai au 17 juin 2021 et à la Clinique B._____ du 18 novembre au 22 décembre 2021 n'ont pas donné lieu à une augmentation de la rente servie.

- 31 - a) A titre liminaire, il convient de rappeler que, compte tenu du dépôt de la demande de prestations le 14 juin 2018, le droit à une rente a pris naissance le 1er décembre 2018. Aux termes de la décision du 20 décembre 2021, l'office intimé a reconnu le droit de la recourante aux prestations suivantes : - une rente entière du 1er au 31 décembre 2018, - une demi-rente du 1er janvier au 28 février 2019, - une rente entière du 1er mars au 31 août 2019 (reprise d'invalidité au sens de l'art. 29bis RAI), - une demi-rente du 1er septembre 2019 au 31 août 2020, - une rente entière du 1er septembre 2020 au 28 février 2021, - une demi-rente dès le 1er mars 2021. aa) S'agissant du séjour à la Clinique G. _____, il n'est pas contesté qu'après une période où la recourante disposait d'une certaine capacité de travail, elle a été en incapacité de travail totale, dans toute activité, du 19 mai au 17 juin 2021. Pendant ces quatre semaines, son incapacité de gain s'est aggravée. Or, en vertu de l'art. 88a al. 2 RAI, applicable en cas d'octroi rétroactif d'une demi-rente (ATF 109 V 125), il y a lieu de considérer qu'un changement, dans le sens d'une aggravation, accroît le cas échéant le droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI (« reprise de l'invalidité après suppression de la rente »), auquel renvoie par ailleurs l'art. 88a al. 2 RAI, n'est à l'évidence pas applicable en l'espèce; à la période déterminante (au printemps 2021), la rente n'avait en effet pas été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité. En l'occurrence, l'aggravation n'a pas duré trois mois, mais moins d'un mois. Il en découle conformément à l'art 88a al. 2 RAI, que cette incapacité temporaire n'a pas pour effet d'accroître le droit aux prestations, en particulier de conférer le droit à davantage qu'une demi-rente d'invalidité. bb) S'agissant du séjour à la Clinique B. _____ (du 18 novembre au 22 décembre 2021), il sied de rappeler que, dans sa réponse du 24 mars 2022, l'intimé n'avait pas exclu l'octroi d'une rente entière

- 32 - d'invalidité dès le 1er novembre 2021 de manière temporaire au cas où les conditions relatives notamment à une reprise d'invalidité (art. 29bis RAI) étaient réunies. Afin qu'il puisse se prononcer, il a demandé que le rapport d'hospitalisation du 14 janvier 2022 soit versé au dossier. Dans son écriture du 16 mai 2022, l'intimé a finalement écarté une aggravation durable des atteintes à la santé connues. Le SMR (avis médical du 10 mai 2022) a en effet estimé que la situation était superposable à la première hospitalisation à la Clinique B. _____ à propos de laquelle les experts du Centre M. _____ avaient remis en cause l'intensité de la symptomatologie dépressive (cf. sur ce point considérant 8d supra). b) La recourante se plaint donc à tort de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, et non pas d'une rente entière, pour les périodes en question.

E. 10

Dans son écriture du 30 juin 2022, la recourante indique que, suivant la recommandation du Dr T. _____, elle est disposée à tenter la reprise d'une activité occupationnelle. Aussi a-t-elle demandé une prise de position de la part de l'office AI et, en cas de réponse favorable, que la procédure soit suspendue « durant cette phase de tentative de réadaptation professionnelle ». a) Comme examiné ci-avant (cf. considérant 8 supra), la capacité de travail résiduelle de la recourante – fixée à 50 % – a été évaluée par les experts du Centre M. _____ de manière objective et en parfaite conformité aux exigences de la jurisprudence (cf. considérant 6b supra) ; le rapport d'expertise est pleinement probant. Sur le plan de l'exigibilité, les limitations fonctionnelles mises en évidence par le corps médical – pas d'efforts de soulèvement supérieur à 3 kg proche du sol, pas de position en porte-à-faux, ni de rotation répétée du buste, port de charge limité proche du corps à 3 kg, pas de piétinement, pas de montée et de descente d'escalier répétée, pas de marche

prolongée, activité permettant les changements de position ; diminution des capacités à mobiliser ses compétences, de résistance et d'endurance – ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une

- 33 - activité professionnelle. Le marché du travail (sur cette notion : ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2) offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière autre qu'une mise au courant initiale. L'office intimé a notamment retenu que la recourante serait en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail dans une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger (par exemple : ouvrière à l'établi, montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production ou comme aide administrative [réception, scannage et autres]). Dans ce contexte, il n'est pas irréaliste d'admettre qu'il existe un nombre significatif d'activités qui peuvent être exercées par la recourante en dépit de ses limitations fonctionnelles. Quant à la question du taux d'activité exigible, celui-ci reste suffisamment élevé pour ne pas constituer un frein en soi. b) Cela étant, aucune réserve n'a jamais été exprimée par les experts du Centre M._____ au sujet de la capacité de la recourante à exercer une activité sur le marché équilibré de l'emploi. En particulier, il n'a jamais été question d'une activité exigible uniquement dans un milieu protégé. Une restriction de l'exigibilité ne saurait découler de la simple diminution de la capacité de travail de l'intéressée. Par ailleurs, l'état dépressif de cette dernière, de degré moyen, n'empêche pas une certaine activité professionnelle à dire d'experts. En effet, les Drs P._____ et D._____, dans leur rapport d'expertise complémentaire du 26 mars 2021, ont estimé qu'en l'absence d'idée suicidaire et avec une anxiété globalement améliorée par la prise régulière de médicaments, il n'y avait pas lieu de retenir une incapacité de travail totale et définitive pour raison psychique. Les experts prénommés ont en outre pris en considération la diminution des ressources personnelles et des mécanismes adaptatifs avant de conclure qu'une activité adaptée à 50 % leur paraissait exigible de la part de la recourante. c) Il n'en demeure pas moins que les médecins de la Clinique G._____ ont fait état de facteurs contextuels extra-médicaux rendant

- 34 - défavorable le pronostic global quant à la reprise d'une activité professionnelle quelconque dans le circuit économique. Or les facteurs psycho-sociaux et socio-culturels ne relèvent pas de l'assurance-invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a). Dans le même sens, la Dre J._____ a mentionné que la reprise d'une activité professionnelle était difficilement envisageable chez cette assurée bloquée dans un sentiment d'injustice, désireuse de faire reconnaître sa maladie physique et souhaitant l'octroi d'une rente entière d'invalidité (avis médical du 19 juillet 2022). Il convient au surplus de souligner dans ce contexte que l'intéressée n'avait pas donné suite aux mesures professionnelles allouées, faute de se sentir capable de s'y engager, ce qui avait eu pour conséquence qu'aucune aide au placement n'avait été proposée (rapport final du Service de réadaptation de l'office AI du 8 juillet 2021). d) Compte tenu de ce qui précède, la recourante dispose objectivement d'une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sédentaire, dans un contexte de travail à épargne physique complète. Cela équivaut aux capacités de travail arrêtées par l'intimé dans la décision entreprise, à savoir en dernier lieu 50 % dès le mois de novembre 2020.

Reste pour finir à examiner le bien-fondé des décisions des 27 juillet et 13 octobre 2022. Comme la rente pour enfant, au sens de l'art. 35 LAI, dépend directement de la rente principale (cf. notamment ATF 134 V 15; TF 9C_283/2010 du 17 décembre 2010 consid. 3.1), il va de soi que si la recourante avait droit, pour une période déterminée, à une rente entière plutôt qu'à une demi-rente, les rentes complémentaires pour enfants seraient adaptées en conséquence. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de se prononcer sur le bien-fondé des recours complémentaires déposés le 31 août 2022 (contre la décision du 27 juillet 2022) et le 17 octobre 2022 (contre les deux décisions du 13 octobre 2022), vu que leurs moyens et conclusions visent en réalité la décision principale du 20 décembre 2021 sur le droit à la rente de la recourante. Il convient par ailleurs de relever

- 35 - que ces recours complémentaires ont été instruits avec le recours principal.

E. 12

Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise, telle que requise par 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).

E. 13

En définitive, les trois recours déposés les 17 janvier, 31 août et 17 octobre 2022 doivent être rejetés, ce qui entraîne la confirmation des décisions attaquées.

E. 14

a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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. b) 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 LPGA).

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