

# VD\_GERICHTE ZD22.010440 vom 10. April 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-04-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD22.010440](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.010440)

FR: VD\_GERICHTE ZD22.010440 du 10 avril 2024

IT: VD\_GERICHTE ZD22.010440 del 10 aprile 2024

## Erwägungen

### E. 7

juillet 2018). On observe d'ailleurs que la recourante s'est inscrite au chômage et pensait commencer rapidement dans une clinique où elle avait pu se présenter selon une note d'entretien téléphonique au dossier du 10 juillet 2018. Aussi, l'absence de répercussion sur la capacité de travail de la recourante au moment de l'examen par la Dre E. \_\_\_\_\_ doit être confirmée dans le contexte d'un trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée, alors en rémission. b) aa) Sur le plan formel, les experts du Centre L. \_\_\_\_\_ ont tous individuellement rencontré la recourante, examens ayant fait l'objet de trois rapports détaillés, puis confronté leurs conclusions au cours d'un consilium qui a fait l'objet d'un rapport de synthèse dans lequel ils ont consensuellement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. De surcroît, les experts ont fondé leur appréciation sur le dossier médical de la recourante, lequel a été intégralement examiné, et ont procédé à une anamnèse familiale, personnelle et professionnelle, ainsi qu'à une analyse du contexte psychosocial dans lequel la recourante évoluait. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. Ils ont en particulier fait état de manière circonstanciée de ses

- 21 - plaintes et les ont prises en compte dans leur appréciation. Ainsi, le rapport d'expertise est complet et structuré, si bien qu'il respecte les exigences de forme relatives à un tel document. bb) Quoiqu'en dise la recourante, l'expertise du Centre L. \_\_\_\_\_ du 24 juin 2021 est cohérente, les éléments de détail auxquels se rattache l'assurée ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts sur le plan psychiatrique. cc) Le Dr L.P. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Le Dr L.P. \_\_\_\_\_ partage les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 25 juin 2018 de la Dre E. \_\_\_\_\_ discuté ci-dessus (expertise, pp. 37- 38), à savoir une incapacité de travail temporaire en raison d'une psychopathologie temporaire en rémission. Appelé à se prononcer sur le dossier médical de la recourante, le Dr L.P. \_\_\_\_\_ a évalué sa situation médicale en ces termes (expertise, p. 37) : « Un 1er rapport du 31.08.2018 ne retient aucun diagnostic psychiatrique incapacitant et note un trouble dépressif en rémission (F33.4 depuis le 07.08.2018) et retient des limitations fonctionnelles concernant la force physique, le stress lié aux situations des résidents, des difficultés dans la gestion des émotions. Le 20.11.2018, le nouveau psychiatre, le Dr F. \_\_\_\_\_, pose le diagnostic d'un trouble dépressif sévère et d'un trouble panique avec une incapacité de travail à 100%. Dans son rapport du 01.10.2019, le Dr G. \_\_\_\_\_ maintient le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, mais ne reprend pas le diagnostic de trouble panique et prescrit à la personne assurée de la Mirtazapine 30 mg le soir et du Zoldorm en réserve. Les incapacités de travail sont estimées à 100 % du 01.07 au 31.01.2019, 80 % du 01.02 au 12.10.2019 et 50 % du

14.10.2019 au 30.11.2019. Dans le rapport du 16.12.2019, le même Dr G.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic d'un épisode dépressif léger et estime la capacité de travail à 70 %.

- 22 - Le 08.05.2020, le Dr G.\_\_\_\_\_ parle d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, mais estime sa capacité de travail à 50 %. Il signale des limitations fonctionnelles à type de manque de concentration et de capacité à gérer le stress et les émotions, de la fatigue, des pertes d'attention et désorientation et des douleurs, un manque de mobilité au niveau des mains et des doigts rigides. Enfin, dans le dernier rapport du 15.09.2020, il change de diagnostic, n'évoque plus de trouble dépressif, qu'il soit récurrent ou à type d'épisode dépressif, mais parle d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un trouble anxieux mixte. Il maintient le même traitement de Valdoxan 50, de Temesta lors des attaques de panique et du Zoldorm en réserve. L'anamnèse et l'examen clinique ne retrouvent pas les critères constitutifs d'un épisode dépressif, quelle qu'en soit l'intensité. En effet, la personne assurée décrit 2 crises de larmes par jour, d'une durée de quelques minutes et 3 à 4 crises d'angoisse dans le mois, d'une durée maximale de 5 mn. La personne assurée a effectué plusieurs missions d'intérim dans son métier d'esthéticienne. Elle fait face à toutes ses activités quotidiennes, n'a pas d'idées suicidaires, mais a peur de la mort, rectifie-t-elle en fin d'entretien en expliquant que c'est son ressenti quand elle a une crise de panique. Les capacités de travail ne sont pas en cohérence avec les diagnostics posés. Ainsi, des diagnostics d'épisode dépressif sévère sont associés à des capacités de travail de 50 %. Les traitements antidépresseurs n'ont pas été modifiés depuis de nombreux mois, malgré le constat d'un trouble psychiatrique persistant. Des diagnostics retenus à un moment du suivi ne le sont plus quelques mois plus tard sans explication et d'autres sont posés sans argument précis. Les critères incapacitants de trouble dépressif récurrent ou d'épisode dépressif quelle qu'en soit l'intensité ou de syndrome douloureux somatoforme ou de trouble anxieux mixte ne sont pas retenus. Aucune incapacité de travail pour motif psychiatrique n'a pu être mise en évidence. » Cela étant, le Dr L.P.\_\_\_\_\_ explique de manière circonstanciée pour quelles raisons il écarte le diagnostic de trouble dépressif sévère récurrent, posé par les Drs F.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ au motif que l'anamnèse et l'examen clinique ne retrouvaient pas les critères constitutifs d'un épisode dépressif, quelle qu'en soit l'intensité. Le Dr L.P.\_\_\_\_\_ ne retrouve pas d'humeur dépressive durable, ni de diminution de l'intérêt et du plaisir, ni de troubles cognitifs, la recourante

- 23 - s'acquittant elle-même des tâches ménagères en les fractionnant (expertise, pp. 31, 33 et 35). Il ressort de l'expertise psychiatrique que l'intéressée est autonome dans les tâches de la vie quotidienne en dehors du fait de porter du lourd (expertise, p. 33). Elle se promène au bord du lac, cuisine, fait les courses deux fois par jour, écoute de la musique et s'intéresse au sujet du bien-être. Elle garde le plaisir à écouter de la musique et à lire. A l'expert psychiatre, elle déclare « tout faire », mais en fractionnant, pour ne pas dépendre de quelqu'un et pour ne pas être bloquée complètement. Le Dr L.P.\_\_\_\_\_ s'étonne en outre du traitement antidépresseur prescrit à la recourante, expliquant que les stratégies thérapeutiques devant un épisode dépressif résistant sont d'abord de monter à dose maximale l'antidépresseur choisi, et en cas d'échec de changer d'antidépresseur pour un autre. Or, le maintien d'un traitement antidépresseur à dose minimale pendant une année et demie comme c'est le cas pour la recourante est plutôt un indicateur de stabilité sur le plan thymique (expertise, p. 37). L'examen de l'expert psychiatre ne retrouve pas de ralentissement psychomoteur, ni de trouble de la concentration, de l'attention ou de la

mémoire. La mimique et la gestuelle étaient expressives, congruentes à l'humeur et adaptées, avec la précision de quelques tremblements. Lorsqu'elle a fondu en larmes, le Dr L.P. \_\_\_\_\_ a relevé le caractère démonstratif et observé que celles-ci cessaient dès que la discussion changeait de sujet. Il précise que l'intéressée était neutre sur le plan thymique, sans symptôme physique observable en faveur d'un état anxieux (expertise, p. 35). Le Dr L.P. \_\_\_\_\_ écarte ainsi de manière convaincante l'existence d'un trouble dépressif récurrent retenu par les Drs F. \_\_\_\_\_ (rapports des 10 et 31 août 2018) et G. \_\_\_\_\_ (rapports des 1er octobre et 16 décembre 2019 ainsi que du 15 septembre 2020). Il précise encore que les critères d'un syndrome douloureux somatoforme persistant ne sont pas retrouvés, au motif que la recourante ne présente aucune détresse quand elle évoque ses douleurs, qu'elle met

- 24 - en lien avec le fait de porter du lourd ou en lien avec certains gestes, et qu'elle ne décrit pas de conflit émotionnel suffisamment important pour être considérée comme la cause essentielle du trouble. Le Dr L.P. \_\_\_\_\_ conclut, sur la base de son examen clinique, de l'anamnèse et du descriptif de la journée type de la recourante à la présence d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Sur le plan de la personnalité de la recourante, l'expert psychiatre ne relève pas de limitations, son sens des réalités, sa capacité de jugement, sa capacité relationnelle, son aptitude à nouer des contacts, sa gestion de l'affect, sa faculté à contrôler ses impulsions, son estime de soi, sa capacité de régression, son intentionnalité et son dynamisme n'étant pas altérés dans le cadre d'une amplification des symptômes de sa maladie (expertise, p. 38). Le Dr L.P. \_\_\_\_\_ retient que le trouble anxieux et dépressif mixte présenté par la recourante est sans impact sur sa capacité de travail. Il ne constate pas d'aggravation sur le plan psychiatrique depuis les examens menés par la Dre E. \_\_\_\_\_. Il conclut dès lors que la capacité de travail est de 100 % sans limitation fonctionnelle que la recourante ne décrit d'ailleurs pas (expertise, pp. 38-39). On constate aussi que le Dr G. \_\_\_\_\_ a fait état d'une amélioration de la situation dans ses rapports des 1er octobre et 16 septembre 2019 avant de relater une nouvelle dégradation de l'état de santé de sa patiente dans ses rapports des 15 septembre 2020 et 16 août 2021. Ces derniers ne sont pas convaincants à la lumière des observations cliniques de l'expert L.P. \_\_\_\_\_ et du traitement pharmacologique non adapté à une pathologie thymique invalidante. L'appréciation expertale prend dûment en compte les indicateurs applicables à l'évaluation du caractère incapacitant des troubles psychiques (cf. consid. 6d). Il se prononce en effet sur le degré de gravité – respectivement l'absence de gravité – du diagnostic retenu (expertise, pp. 36-37, 38 et 39), sur le traitement mis en place (expertise, p. 38), il a procédé à un examen de la personnalité de la recourante (ibid.),

- 25 - a tenu compte de son contexte social (cf. expertise, pp. 32-34) et de ses ressources (expertise, p. 38) et évalué la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie (expertise psychiatrique p. 39). Concernant ce dernier point, le Dr L.P. \_\_\_\_\_ relève en particulier ce qui suit : « III.7.c.2 Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique Il existe des divergences entre les symptômes décrits, en particulier, concernant la fatigue, la tristesse, la concentration et le comportement de la personne assurée lors de l'examen. Cet examen n'a, en effet, pas permis de recouper ses affirmations. III.7.c.3 Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou simulation Il existe des éléments d'autolimitation entre les plaintes de la personne assurée et la description de son activité de

la vie quotidienne et de son activité professionnelle ces derniers mois et entre ses plaintes et les constatations de l'examen clinique qui ne trouve pas de symptôme objectif en faveur d'un trouble psychiatrique caractérisé incapacitant. » Il y a lieu de souligner que les allégations de répercussions du trouble psychique ne portent que sur le domaine professionnel et qu'elles ne se manifestent pas dans les autres domaines de la vie (loisirs, famille, activités de la vie quotidienne). Dès lors que la recourante parvient à gérer son quotidien, certes en fractionnant les tâches ménagères, et dispose de bonnes ressources hors d'un cadre professionnel, elle fait preuve d'un comportement incohérent, signe que le trouble l'affectant n'est pas incapacitant (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). La même remarque s'impose quant à la comorbidité somatique dans la mesure où les déclarations de la recourante à l'expert psychiatre quant à sa vie quotidienne sont en décalage avec ses plaintes somatiques. Il convient également de mettre en lumière la première rechute invoquée par la recourante (incapacité de travail à 100 % dès le 1er juillet 2018, cf. rapport du 31 août 2018 du Dr F. \_\_\_\_\_). Celle-ci intervient à l'issue d'une indéniable période de rémission (rapports des 7 juillet 2018 du Dr C. \_\_\_\_\_ et du 25 juin 2018 de la Dre E. \_\_\_\_\_). Durant cette

- 26 - période, la recourante s'était inscrite au chômage et pensait même recommencer rapidement son activité d'aide-soignante dans une clinique (note d'entretien téléphonique du 10 juillet 2018 de l'OAI). Or, la rechute alléguée intervient alors que l'intéressée avait mis un terme au traitement, à la psychothérapie et à l'ergothérapie. Le Dr D. \_\_\_\_\_ qualifie d'ailleurs sa patiente de non compliant (rapport du 13 juillet 2018), ce qui est aussi un indice d'une atteinte non incapacitante (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). Aussi, l'ensemble des éléments, appréciés à la lumière des indicateurs jurisprudentiels pertinents montrent une nette absence de trouble psychiatrique incapacitant, si bien que les conclusions de l'expert psychiatre du Centre L. \_\_\_\_\_ emportent la conviction de la Cour de céans et méritent d'être confirmées. dd) Les experts somaticiens ont mis en évidence l'absence d'atteintes à la santé à caractère invalidant sur le plan de la médecine interne. La Dre L.M. \_\_\_\_\_ a évalué les troubles comme il suit (pp. 20-21) : « Il s'agit d'une personne assurée âgée de 5[...] ans qui, du point de vue de la médecine interne, ne présente aucune atteinte à la santé incapacitante. L'examen clinique de ce jour retrouve un déconditionnement physique chez une personne assurée d'apparence « maigre » associé à un IMC à 18.4 kg/m<sup>2</sup>. L'examen clinique n'a pas retrouvé d'étiologie organique pouvant expliquer la perte de poids importante intervenue en à peine 3-4 mois, ainsi que la dyspnée à l'effort dont se plaint la personne assurée. L'examen cardiovasculaire retrouve une TA dans les normes, associée à une tachycardie régulière à 115 par minutes, constantes durant l'examen clinique, avec une auscultation cardio-pulmonaire dans les normes. La palpation abdominale est dans les normes. Il n'est pas relevé de signes de focalisation sur le plan neurologique, les tremblements de la tête ont débuté au début de l'entretien et se sont amendés lors de l'examen clinique (examen de la sphère ORL et après 45 minutes d'entretien). L'échelle ECOG montre un score à 0 qui indique que la personne assurée est capable d'effectuer les tâches pré-morbides du point de vue de la médecine interne. Il n'a pas été retrouvé d'atteinte

- 27 - organique à l'état de « grande fatigue » mentionné dans la demande de l'Al en octobre 2017. Le bilan de la Dresse K. \_\_\_\_\_ du mois de mars 2021, complété par un bilan biologique thyroïdien du 12.04.2021, une recherche de carence martiale ainsi qu'un bilan pancréatique n'ont pas retrouvé d'atteinte organique, le bilan est dans les normes. » Au

final, la Dre L.M. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait ni atteinte à la santé incapacitante ni limitation fonctionnelle relevant de la médecine interne. A cet égard, il convient de relever que les examens neurologiques menés au H. \_\_\_\_\_ n'ont pas permis d'identifier de substrat organique aux mouvements hyperkinétiques (rapport du 17 juin 2022 du Dr N. \_\_\_\_\_), ceux-ci étant qualifiés de « fonctionnels ». La recourante n'a au surplus produit aucun document propre à remettre en cause l'appréciation circonstanciée de l'experte interniste, laquelle emporte la conviction et n'est pas contestée. ee) S'agissant de la situation qui prévalait sur le plan ostéo- articulaire au moment de la décision du 15 février 2022, l'intimé s'était fondé sur l'expertise du Centre L. \_\_\_\_\_, et en particulier sur le volet rhumatologique réalisé par le Dr L.R. \_\_\_\_\_, lequel a estimé que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (évitant un travail répétitif avec les mains et le port des charges de plus de 10 kg), la recourante bénéficiait d'une capacité de travail de 100 %, sous réserve d'une incapacité de travail transitoire du 16 novembre 2020 au

## **E. 9**

mai 2017 au 7 juin 2018, si bien que le droit à une rente entière peut être confirmé au terme du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 et 2 LAI), à savoir dès le 1er mai 2018 et ce jusqu'au 30 septembre 2018, à savoir trois mois après que la recourante ait recouvré une pleine capacité de gain (art. 17 al. 1 LPGA ; art. 88a al. 1 RAI). L'incapacité de travail du 16 novembre 2020 au 9 mars 2021 en raison des limitations fonctionnelles transitoires sur le plan rhumatologique et non plus à des motifs d'ordre psychologique justifie l'application d'un nouveau délai de carence d'une année dès lors qu'il s'agit de deux cas d'assurances distincts (cf. Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 8 ad art. 28 LAI). Cette seconde période n'atteint cependant pas le délai de carence d'une année et reste postérieure de plus de trois mois à celle reconnue sur le plan psychiatrique du 9 mai 2017 au 7 juin 2018 ; elle n'ouvre pas le droit à la rente (art. 28 al. 1 LAI ; art. 17 al. 1 LPGA ; art. 88a al. 1 RAI). Cependant, dès lors que l'activité habituelle d'auxiliaire de santé n'est plus exigible à compter du 16 novembre 2020, il reste à examiner le degré d'invalidité de la recourante à partir du 16 novembre 2021, au terme du nouveau délai de carence d'une année, date à laquelle l'intéressée avait déjà retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (évitant un travail répétitif avec les mains et le port des charges de plus de 10 kg), à compter du 10 mars 2021. bb) Dès lors que seule une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (évitant un travail répétitif avec les mains et le port des charges de plus de 10 kg) demeure exigible, l'intimé aurait dû procéder au calcul du degré d'invalidité en établissant les termes de la comparaison de revenu ce qu'il n'a pas fait. En conséquence, la décision attaquée est arbitraire dans son résultat dans la mesure où elle ne tient pas compte des faits déterminants, à savoir d'une incapacité de travail dans l'activité habituelle. Il n'appartient pas à l'autorité judiciaire de procéder à ce calcul elle-même dès lors que l'activité adaptée doit être évaluée par les

- 34 - spécialistes en réadaptation professionnelle de l'intimé et que celui-ci devra apprécier les revenus avec et sans invalidité. Aussi, il se justifie de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il procède au calcul du degré d'invalidité à compter du 16 novembre 2021 sous le rappel que l'état de santé de la recourante est arrêté au 15 février 2022 et qu'il conviendra le cas échéant de tenir compte d'une évolution postérieure. Il appartiendra ensuite à l'intimé de

rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

**E. 10**

a) En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. 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 intimée, vu l'issue du litige. c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée. d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

- 35 -

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