

VD_GERICHTE ZD22.044151 vom 19. Februar 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-02-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.044151

FR: VD_GERICHTE ZD22.044151 du 19 février 2024

IT: VD_GERICHTE ZD22.044151 del 19 febbraio 2024

Erwägungen

E. 1

Aux termes de votre rapport d'expertise, vous posez notamment le diagnostic d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique. Vous relevez également souscrire aux conclusions de l'expert H. _____, qui avait retenu une amélioration de l'épisode dépressif majeur au mois de juin 2014 avec un épisode d'intensité légère. Pouvez-vous préciser quelle a été l'évolution de ce trouble depuis 2014 et jusqu'à ce jour puisque vous retenez désormais un épisode d'intensité moyenne ? Depuis juin 2014, l'épisode dépressif était léger selon le Dr H. _____ mais il a évolué au fil du temps en fonction des événements extérieurs. Comme nous l'avons précisé dans notre première expertise ainsi que dans celle-ci, il existe un fond dysthymique : l'expertisée a globalement une tristesse d'humeur et un manque d'intérêt. Sur ce fond de dysthymie viennent se greffer des périodes de tristesse d'humeur plus importantes, comme lors de l'accident vasculaire de sa fille. Il est difficile d'obtenir des détails précis de la part de l'expertisée mais il semble que dans l'ensemble, selon l'anamnèse clinique, il existe des variations d'humeur entre les différents épisodes dépressifs d'intensité légère à moyenne. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un épisode dépressif sévère car il n'y a pas eu de passage à l'acte hétéro- ou auto-agressif, ni d'hospitalisation. Les éléments délirants retenus ne sont pas congruents à l'humeur et ils peuvent donc être séparés d'un épisode dépressif, en outre ils ne sont pas graves.

E. 2

Pouvez-vous préciser si l'épisode dépressif moyen diagnostiqué a eu une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, et si oui à quel degré, depuis 2014 et jusqu'à ce jour, en tenant compte des indicateurs pertinents de la jurisprudence en cas d'atteinte psychiatrique L'épisode dépressif moyen diagnostiqué n'a pas d'impact sur la capacité de travail. En effet, la fatigue et la fatigabilité qui sont plutôt légères peuvent être surmontées si les limitations fonctionnelles sont respectées. Rappelons que le travail habituel respecte les limitations fonctionnelles et qu'il n'y a pas de véritables troubles cognitifs majeurs.

- 16 -

E. 3

Pouvez-vous expliciter les raisons pour lesquelles vous estimez que le trouble de la personnalité dépendante diagnostiqué n'a pas de répercussion sur la capacité de travail ? Le trouble de personnalité dépendante n'entraîne pas de répercussions sur la capacité de travail car il n'entraîne pas de limitation dans les rapports aux autres, notamment pas de conflits. Il entraîne simplement une passivité mais celle-ci pourrait être surmontée si elle avait une activité répétitive. Comme ses enfants sont très présents pour elle et qu'elle ne sent pas abandonnée, il n'y a pas de décompensation thymique sévère. A noter que la dépendance est surtout présente au domicile et qu'en cas de reconditionnement professionnel, elle pourrait

s'adapter à la situation. Rappelons que cette personne a pu travailler par le passé alors qu'un trouble de personnalité était déjà présent depuis de nombreuses années.

E. 4

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art.

E. 4.3

et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). d) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans

- 28 - chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1). En fonction du tableau clinique,

des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. Compte tenu du principe de proportionnalité, il peut être renoncé à cette méthode d'administration des preuves, lorsque, vu le besoin concret de preuves, une telle administration ne s'avère ni nécessaire, ni adéquate (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.3). e) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]) – ou, comme en l'espèce, après l'octroi rétroactif d'une prestation limitée dans le temps, ce qui revient à nier (implicitement) le droit à celle-ci pour la période subséquente (TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1) – elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de la personne assurée, par analogie à ce qui prévaut en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA ; lors d'un recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 p. 66 et les arrêts cités). Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une

- 29 - modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). f) Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. 5. a) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'office AI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

- 30 - b) Pour pouvoir 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). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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 de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert

- 31 - dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées). Pour remettre 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. 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, 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. 6

En l'espèce, il est constant que l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée le 6 novembre 2017 par la recourante. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 17 juillet 2015 et la décision litigieuse, l'état de santé de l'assurée s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

- 32 - a) La précédente décision du 17 juillet 2015 reposait essentiellement sur l'avis du 4 décembre 2014 de l'expert H. _____ reconnaissant à K. _____ une incapacité de travail totale du mois de septembre 2012 jusqu'au mois de janvier voire juin 2014, en lien avec une décompensation psychique. Dans le cas présent, il est constant que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de nettoyeuse en raison de l'atteinte cervicale et de la périarthrite scapulo-humérale droite depuis décembre 2016. Ces éléments sont manifestement nouveaux par rapport à la situation qui prévalait lors de la décision du 17 juillet 2015. Toutefois, se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire établie le 26 avril 2021 par les experts du B. _____ et le complément d'expertise du 24 juin 2022, l'intimé a retenu que, depuis le mois de décembre 2016, la recourante présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles rhumatologiques (pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol et des deux mains, pas de porte-à-faux du buste et du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 10 kg avec les deux mains, pas d'effort du membre supérieur gauche au-delà de la ligne des épaules, pas de position à genoux ou accroupie maintenue, pas de montée et de descente d'escalier répétées, possibilité de changement de position). Sur le plan psychiatrique, l'OAI s'est également fondé sur l'avis des experts du B. _____ selon lesquels, hormis une période d'incapacité de travail de septembre 2012 à juin 2014 en raison d'un épisode dépressif sévère, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée impliquant un travail répétitif maîtrisé, sans traitement simultané d'informations multiples et sans prise de décision immédiate. La recourante réfute cette appréciation en niant toute valeur probante au volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire (et son complément) confiée à B. _____. b) La Cour de céans constate qu'au terme des deux examens cliniques auxquels il a procédé dans le cadre du volet psychiatrique de l'expertise du 26 avril 2021 et de son complément du 24 juin 2022, l'expert psychiatre, le Dr B.W. _____, a posé les diagnostics d'épisode

- 33 - dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de trouble de la personnalité dépendante (F60.7) et de trouble délirant (F22.0). Dans le cadre de son examen, il disposait également du dossier médical de la recourante que l'intimé lui avait transmis et des résultats des examens sérologiques, ainsi que des données transmises par les coexperts. Dans son analyse du cas, il a tenu compte de l'anamnèse, du contexte de vie (descriptif d'une journée type tel que raconté par l'intéressée) et des plaintes de l'assurée. Il a procédé à un examen structuré et évalué les indicateurs prescrits par la jurisprudence relative aux affections psychiatriques. Enfin il a livré ses conclusions après une discussion consensuelle avec les co-experts, spécialistes en rhumatologie et en médecine interne. ca) Si le syndrome douloureux somatoforme persistant est qualifié de manifeste, l'expert psychiatre relève qu'il est de faible intensité, marqué par une accentuation des douleurs, non totalement expliquées par une atteinte somatique sous-jacente. Il est rejoint sur ce point par le coexpert rhumatologue, qui, en ce qui concerne le syndrome musculo-squelettique douloureux de type fibromyalgie, relève que si la cohérence et la plausibilité des plaintes sont conservées, il a constaté une

nette exagération de celles-ci et des limitations fonctionnelles en découlant (activité quotidienne selon la journée type décrite par l'intéressée) eu égard à l'absence d'objectivation sur les plans clinique et radiologique. De façon consensuelle, les deux experts s'accordent encore pour souligner le fait que la prise d'antalgique ne correspond pas au niveau de douleur allégué par l'assurée, que celle-ci se déplace sans difficulté et ne s'est pas plainte de douleurs majeures au cours des examens cliniques. L'expert psychiatre n'a par ailleurs pas constaté d'envahissement du champ de la pensée autour de douleurs. Il relève que la description d'une journée type témoigne d'une passivité et d'un manque d'activités spontanées mais que tout cela est entretenu par le fait qu'elle est trop aidée par ses enfants. A nouveau, il est rejoint sur ce point par l'expert rhumatologue, tous deux considérant que tant le syndrome douloureux somatoforme que l'atteinte de type fibromyalgie n'ont pas de retentissement sur la capacité de travail, car les limitations ne sont pas

- 34 - uniformes dans la sphère privée et dans l'activité habituelle de nettoyeuse ou celle de ménagère et que les ressources externes, dont la recourante profite, sont très présentes. cb) En ce qui concerne le trouble de la personnalité, l'expert psychiatre ne le considère pas comme décompensé, puisque l'assurée ne souffre pas de sa dépendance : comme ses enfants sont très présents pour elle, elle ne se sent pas abandonnée et il n'y a donc pas de décompensation thymique sévère. Il relève que la dépendance est surtout présente au domicile et, rappelant que l'assurée a pu travailler par le passé alors qu'un trouble de la personnalité était déjà présent depuis de nombreuses années, estime qu'en cas de reconditionnement professionnel, elle pourrait s'adapter à la situation. Il est d'avis que le trouble de personnalité dépendante n'a pas de répercussions sur la capacité de travail, car il n'entraîne pas de limitation dans les rapports aux autres, notamment pas de conflits. Il induit simplement une passivité, qui pourrait être surmontée si la recourante avait une activité répétitive. L'expert psychiatre indique que les limitations que l'assurée présente dans le cadre du trouble de la personnalité dépendante viennent du fait qu'elle a des difficultés à planifier et à structurer les tâches. Elle ne prend pas de décision concernant l'organisation de sa journée. Depuis 2014, elle a du mal à planifier ses journées et fait toujours la même chose. Si on se réfère au descriptif d'une de ses journées type tel qu'elle l'a elle-même raconté lors du complément d'expertise, elle se lève entre 8 et 9 heures. Le dérouillage matinal est court, environ 5 minutes. Elle est essentiellement gênée par des vertiges. Elle se lève, boit un café, mais mange rarement. Elle prendra une douche une fois tous les 3 à 4 jours, surtout le soir dans une douche, sans s'asseoir, et l'eau chaude lui fait du bien. Ensuite, dans la matinée, elle fait quelques petits rangements en se reposant régulièrement, parfois au balcon. Elle peut manger avec ses enfants s'ils sont présents. Souvent sa fille part dans l'après-midi, mais son fils reste. Elle ne fait pas la sieste et l'après-midi se passera de la même manière mais deux fois par semaine elle sort marcher, soit avec des amis soit avec son fils. Ils vont ensuite souper, repas préparé par ses enfants, surtout son fils, puis elle se couchera vers 22 heures en mettant environ 1 à 2 heures

- 35 - pour s'endormir malgré les médicaments. Elle se réveille souvent à 3 heures du matin, elle réussit à se rendormir puis se réveille de nouveau à 5 heures du matin, souvent en ayant plus de difficulté pour se rendormir, mais elle reste dans son lit jusqu'à 8 heures. Elle dit qu'elle est réveillée par l'angoisse, le stress et les douleurs. A l'occasion de son examen clinique lors du complément d'expertise, l'expert psychiatre n'a pas constaté de trouble de l'attention, de la flexibilité mentale ou de la planification. Il a retenu une bradypsychie, une

tristesse d'humeur et un ralentissement psychomoteur moyen. Des idées suicidaires ont été exprimées, sans scénarisation. L'expert psychiatre a constaté un pessimisme, un ressenti de baisse de l'élan vital, mais a retenu une fatigue et une fatigabilité légères. Il considère que l'assurée ne présente pas de troubles cognitifs majeurs et qu'intellectuellement elle serait capable d'avoir une activité professionnelle simple. Il estime ses ressources internes faibles, car elle ne semble dépendre que de son fils, de sa fille et de son frère. Elle n'a pas de formation professionnelle, parle le français et détient le permis de conduire, mais ne conduit pas, se déplaçant avec les transports publics. Au terme de son analyse, l'expert psychiatre conclut que si on le lui demandait ou si on lui en laissait le choix, l'assurée pourrait changer quelque peu son existence en exerçant une activité simple et répétitive après avoir été instruite. Il attribue son incapacité à mettre en application ses compétences à un manque de dynamisme et à un déconditionnement. A cet égard, il relève que l'activité spontanée est faible, qu'elle peine à dire non, qu'elle a pris l'habitude d'être aidée par son entourage et qu'elle se trouve dans un cercle vicieux duquel elle a du mal à sortir. cc) En ce qui concerne le diagnostic d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, l'expert psychiatre expose dans le complément d'expertise en réponse à une question de la recourante que si, depuis juin 2014, il était léger selon le Dr H. _____, il a évolué au fil du temps en fonction des événements extérieurs. Il rappelle qu'il existe un fond dysthymique, l'expertisée ayant globalement une tristesse d'humeur

- 36 - et un manque d'intérêt. Grâce à un antidépresseur, la situation s'est améliorée du point de vue clinique, avec la disparition du trouble panique et de l'agoraphobie apparus en 2009. Sur ce fond de dysthymie viennent se greffer des périodes de tristesse d'humeur plus importantes, comme lors de l'accident vasculaire de sa fille. Il souligne le fait qu'il est difficile d'obtenir des détails précis de la part de l'assurée mais que selon l'anamnèse clinique, il existe des variations d'humeur entre les différents épisodes dépressifs d'intensité légère à moyenne. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un épisode dépressif sévère, car il n'y a pas eu de passage à l'acte hétéro- ou auto-agressif, ni d'hospitalisation. L'expert retient encore que les éléments délirants retenus ne sont pas congruents à l'humeur et qu'ils peuvent donc être séparés d'un épisode dépressif ; en outre ils ne sont pas graves. Il en conclut, toujours en réponse à une question de la recourante lors du complément d'expertise, que l'épisode dépressif moyen diagnostiqué n'a pas d'impact sur la capacité de travail. A cet égard, il relève que la fatigue et la fatigabilité sont plutôt légères et peuvent être surmontées si les limitations fonctionnelles sont respectées. Il rappelle encore que le travail habituel de nettoyeuse respecte, du point de vue psychiatrique, les limitations fonctionnelles et qu'il n'y a pas de véritables troubles cognitifs majeurs. d) Il n'en demeure pas moins que la recourante conteste la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise que l'intimé a confiée à B. _____ et sur laquelle il s'est fondé pour rejeter la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par l'intéressée le 6 novembre 2017. da) En premier lieu, la recourante fait valoir qu'on peut sérieusement douter de la pertinence des conclusions de l'expert psychiatre en ce qui concerne ses ressources dès lors qu'il a fait une « mauvaise » utilisation de la mini CIF-APP, seul outil pour en juger. En l'espèce, s'il ressort du volet psychiatrique de l'expertise et de son complément une confusion entre les termes « cotation » et « capacité » ainsi qu'en ce qui concerne l'échelle utilisée dans la mini CIF-

- 37 - APP, il apparaît toutefois à la lecture attentive de l'évaluation que les commentaires rédigés par l'expert psychiatre pour chacun des 13 domaines considérés (planification et structuration des tâches, adaptation aux règles et aux routines, flexibilité et adaptabilité etc.)

permettent d'en appréhender de manière satisfaisante le résultat. Ces commentaires correspondent d'ailleurs à l'analyse détaillée que l'expert a faite des capacités, des ressources et des difficultés de la recourante telles qu'exposée aux considérants 6/cb) et 6/cc) supra relatifs au trouble de la personnalité dépendante et à l'épisode dépressif moyen que présente l'intéressée et à laquelle il suffit de se rapporter. Ce grief tombe donc à faux.

db) Dans un deuxième temps, la recourante reproche à l'expert psychiatre d'avoir considéré que les symptômes découlant des atteintes psychiatriques qu'elle présente puissent être surmontés, sans autre explication, alors qu'une homogénéité est retenue pour les limitations fonctionnelles dans la vie et au travail pour le syndrome douloureux somatoforme persistant, sans que cet élément ait d'impact sur sa capacité de travail selon l'expert. Sur ce point, il convient également de se référer à l'analyse de la situation médicale de la recourante à laquelle l'expert psychiatre a procédé en ce qui concerne le syndrome douloureux somatoforme persistant qui a été résumée au considérant 6/ca) ci-dessus. Pour le surplus, on relève que des incohérences entre l'importance des plaintes de l'assurée et son activité quotidienne extrêmement réduite ont été constatées tant par l'expert psychiatre que par l'expert rhumatologue, qui ont indiqué que les douleurs alléguées ne correspondaient pas aux constats cliniques et radiologiques ni au traitement antalgique. Tous deux ont conclu à des douleurs légères. Enfin, s'il est exact que les deux experts ont mentionné que les limitations fonctionnelles légères résultant du syndrome somatoforme douloureux persistant et de la fibromyalgie étaient les mêmes dans l'activité habituelle de nettoyeuse que l'assurée exerçait précédemment que dans l'activité ménagère quotidienne, ils ont également relevé qu'il y avait une incohérence entre l'activité déployée

- 38 - par la recourante dans ses loisirs et les activités ménagères quotidiennes. Il ressort en effet des propos de l'assurée elle-même qu'elle est en mesure de sortir de chez elle pour aller se promener avec ses enfants ou des amis, se rendre au centre culturel, se déplacer seule pour ses rendez-vous médicaux et partir seule en Turquie, alors qu'elle n'effectue aucun travail ménager spontanément à part un repas de temps en temps. Tous deux relèvent qu'elle profite largement des ressources externes dont elle dispose, principalement de l'aide de ses enfants. Quant au grief de la surmontabilité, il n'est pas à comprendre dans le sens de l'ancienne jurisprudence en matière de troubles psychiatriques mais, comme l'a exposé l'expert psychiatre, en ce sens que les douleurs, la fatigue et la fatigabilité légères (constats corroborés par l'expert rhumatologue) peuvent être surmontés si l'activité exercée correspond aux limitations fonctionnelles décrites, à savoir un travail répétitif, sans traitement d'informations multiples et sans prise de décision immédiate.

dc) La recourante s'étonne que le trouble délirant qui a été diagnostiqué n'ait aucun effet sur sa capacité de travail et reproche à l'expert psychiatre sa motivation sommaire. Or, si on se réfère à l'expertise du 26 avril 2021, on peut lire au chapitre consacré à l'anamnèse psychiatrique que si l'assurée a tendance à contrôler que la porte soit bien fermée et se relève parfois la nuit pour vérifier, on ne peut toutefois pas parler de véritable rituel. Dans ses constatations lors de l'examen, l'expert relève une absence de trouble de la sphère psychotique : pas de délire, pas d'hallucinations auditives, visuelles ou cénesthésiques. Certes, il relate que l'assurée a parfois la sensation qu'une personne vient dans son lit la nuit, mais considère qu'il ne s'agit pas d'un véritable syndrome dissociatif, l'assurée ne présentant pas d'attitude d'écoute. Il ajoute qu'il n'existe pas de trouble du cours ou du contenu de la pensée. Dans le complément d'expertise, on peut en outre lire dans le chapitre consacré aux constatations lors de l'examen que l'assurée ne présente pas d'hallucinations auditives, visuelles ou cénesthésiques ; il n'y a pas de barrages, pas de néologismes, de syndrome d'influence,

d'automatisme mentale ou de tendance interprétative. Certes, la recourante évoque un délire, à savoir le sentiment d'être épiée par une ombre, mais l'expert n'a

- 39 - aucun élément objectif le concernant. Il relève également qu'aucun des thérapeutes consultés n'en ont trouvé de preuve effective et qu'ils n'ont jamais retenu d'éléments psychotiques associés. Au surplus, les deux descriptifs d'une journée type de l'assurée tels qu'ils ont été rapportés dans l'expertise du 26 avril 2021 et son complément du 24 juin 2022, largement superposables par ailleurs, ne mentionnent aucun élément laissant supposer que l'assurée serait entravée dans sa vie par des idées délirantes. dd) Dans un quatrième grief, la recourante reproche à l'expert psychiatre de considérer que sa passivité, son manque de responsabilisation et son incapacité à entreprendre des activités spontanément résulteraient du fait qu'elle reçoit une aide trop importante de ses proches, qui la maintient dans un état de dépendance. Elle estime que, ce faisant, l'expert psychiatre passe sous silence le trouble de la personnalité dépendante qu'elle présente, lequel constitue une problématique s'inscrivant dans un trouble d'ordre psychiatrique. A cet égard, outre l'analyse à laquelle a procédé l'expert psychiatre en ce qui concerne la problématique des ressources en lien avec le trouble de personnalité dépendante que présente la recourante figurant au considérant 6/cb), il convient de rappeler que les ressources externes dont dispose un assuré doivent être prises en considérant lors de l'examen de sa situation médicale et plus particulièrement de sa capacité de travail, ceci conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). Dans le cas d'espèce, l'expert psychiatre, tout comme le coexpert rhumatologue, a considéré que c'est une aide excessive de ses proches qui empêche la recourante de mettre en exergue ses compétences, donc ses ressources internes, pour exercer une activité professionnelle. Au surplus, on rappelle que l'expert psychiatre s'est également exprimé sur les raisons pour lesquelles le trouble de la personnalité dépendante n'a pas d'impact sur la capacité de travail de l'assurée, soit notamment l'absence de troubles cognitifs majeurs et le fait qu'elle ne recherche pas les conflits et est à même de travailler dans un groupe.

- 40 - de) Enfin, la recourante reproche à l'expert psychiatre de ne pas avoir examiné les interactions entre les troubles psychiatriques qu'elle présente, soit en particulier entre l'épisode dépressif moyen et le trouble de la personnalité dépendante. En l'espèce, dans le complément d'expertise du 24 juin 2022, l'expert psychiatre a dûment expliqué les motifs pour lesquels ni le trouble de la personnalité dépendante ni l'épisode dépressif, qualifié de léger en 2014 et de moyen en 2021-2022 n'ont pas d'impact sur la capacité de travail de la recourante. On rappelle que la fatigue et la fatigabilité ont été considérées comme légères, qu'aucun trouble cognitif majeur n'a été constaté et que les ressources internes dont dispose encore la recourante peinent à s'exprimer spontanément au vu du surcroît d'aide qu'elle reçoit de ses proches pour l'accomplissement de ses tâches quotidiennes. C'est ainsi en tenant compte de la nature de l'activité exercée antérieurement par l'intéressée que l'expert a considéré que l'atteinte psychiatrique globale ne revêtait pas une gravité suffisante pour se répercuter sur la capacité de travail. En ce qui concerne l'importance de la symptomatologie invoquée par la recourante dans son recours, il convient de rappeler qu'elle n'est pas suivie par un psychiatre mais se rend en consultation chez une psychologue toutes les deux à trois semaines et qu'elle ne prend pas de médication spécifique de façon régulière. A cela s'ajoute qu'il y a une incohérence entre l'importance desdits symptômes et leur répercussion sur les activités de l'intéressée dans les différents domaines de sa vie, comme

cela a déjà été relevé. e) Au vu de ce qui précède, et en l'absence d'avis médical objectif contradictoire, la Cour de céans s'en tient aux conclusions claires et convaincantes de l'expert psychiatre, corroboré par les constatations et les conclusions de l'expert rhumatologue en ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux persistant quant à l'inexistence d'un trouble psychiatrique d'une gravité telle qu'il entraînerait une incapacité de travail et reconnaît de ce fait une pleine valeur probante à l'expertise psychiatrique incriminée.

- 41 - Pour le reste, les autres volets de l'expertise du B. _____ ne sont pas remis en question et la Cour de céans ne voit aucun motif pertinent de s'en écarter.

E. 7

a) A ce stade, il y a lieu de souligner que la reconnaissance d'un statut d'active à 100 % depuis 2018 n'est pas sujette à controverse. N'est pas non plus disputé le point de départ hypothétique du droit à la rente au 1er mai 2018, soit six mois après le dépôt de la demande en novembre 2017 (art. 29 al. 1 LAI). Il en ressort, d'une part, que le calcul du taux d'invalidité de la recourante doit par conséquent être fondé sur la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPG), selon laquelle le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). Il en résulte également, d'autre part, que la comparaison susdite doit intervenir en référence avec l'année 2018 (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). b) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ;

- 42 - Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). c) En l'occurrence, considérant que la recourante n'a plus exercé d'activité lucrative depuis de très nombreuses années, l'OAI était légitimé à se fonder sur les données statistiques de l'ESS pour déterminer tant le revenu sans invalidité que le revenu avec invalidité. Concernant le gain de valide, le service de réadaptation de l'OAI a retenu, dans le détail du calcul du salaire exigible du 27 juillet 2021, que l'assurée avait précédemment exercé dans des activités non qualifiées. Le revenu

sans invalidité a en conséquence été arrêté à 54'693 fr. 72, compte tenu des données salariales statistiques découlant de l'ESS 2018, TA1_skill_level, niveau de compétence 1, adaptées à une semaine de travail de 41,7 heures. Des paramètres identiques ont été retenus pour le revenu avec invalidité, dont le montant a dès lors également été arrêté à 54'693 fr. 72. Les montants statistiques n'ont en outre fait l'objet d'aucun abattement dès lors que les limitations fonctionnelles n'ont pas été jugées suffisamment importantes pour le justifier et que les autres facteurs n'apparaissent en outre pas pertinents – appréciation qui apparaît cohérente compte tenu des circonstances du cas particulier. Enfin, le

- 43 - service de réadaptation de l'OAI a encore précisé que la recourante était en mesure d'exercer un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ou dans le conditionnement ; c'est, au demeurant, le lieu de noter que l'activité d'aide comptable ou aide administrative, telle qu'évoquée dans le projet du 20 octobre 2021 et la décision du 28 septembre 2022, résulte de toute évidence d'une erreur puisque sans rapport avec les spécificités de l'affaire. Contrôlés d'office, les paramètres de calculs susmentionnés ne prêtent pas le flanc à la critique. Ainsi, la comparaison des revenus aboutit in casu à un taux d'invalidité nul qui ne peut qu'être confirmé. d) Au vu de son degré d'invalidité, le droit à une rente d'invalidité n'est pas ouvert pour la recourante (art. 28 LAI).

E. 8

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et

- 44 - législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa a contrario).

- 45 -