

VD_GERICHTE ZD24.043470 vom 3. März 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-03-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.043470

FR: VD_GERICHTE ZD24.043470 du 3 mars 2026

IT: VD_GERICHTE ZD24.043470 del 3 marzo 2026

Erwägungen

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 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. c) aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans 10J010

- 25 - invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA). cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux

habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; 10J010

- 26 - méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c). d) 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 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 alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

E. 5

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 10J010

- 27 - 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_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). aa) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). 10J010

- 28 - Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références citées ; 139 V 225 consid. 5.2 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2). bb) 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 asséurologique. 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_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2). c) 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). 10J010

- 29 - d) Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'appréciation du caractère invalidant potentiel d'une fibromyalgie est subordonnée, par analogie, aux principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, vu les

nombreux points communs entre ces troubles (ATF 132 V 65 consid. 4 ; TF 9C_710/2023 du 28 juin 2024 consid. 6.1). Ainsi, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement d'une telle maladie, un examen doit être réalisé sur la base d'une procédure probatoire structurée au moyen des indicateurs applicables en présence de troubles psychiatriques, avec le concours d'un psychiatre (ATF 141 V 281 ; TF 9C_701/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1 et la référence citée). Il n'appartient pas aux organes de l'assurance-invalidité de trancher les controverses portant uniquement sur la dénomination diagnostique la plus appropriée pour décrire l'état de souffrance de la personne concernée lorsque lesdites controverses n'ont aucune répercussion concrète sur la capacité de la travail (ATF 144 V 245 consid. 5.5.2). En particulier, les diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux, bien que de nature différente (somatique et psychique), présentent de nombreux points communs (il n'est pas rare de voir certains médecins diagnostiquer indifféremment l'une ou l'autre atteinte à la santé ou assimiler la première à la seconde) et nécessitent le concours d'un psychiatre pour l'analyse de l'incapacité de travail en découlant (ATF 141 V 281). Les troubles somatoformes douloureux et la fibromyalgie présentent par conséquent de nombreux points communs du point de vue du droit des assurances sociales, de sorte qu'il se justifie, sous l'angle juridique, de les traiter de manière analogue (TF 9C_177/2023 du 26 mars 2024 consid. 5.3.2 et les références citées).

E. 6

a) En l'occurrence, l'intimé a reconnu à l'assurée un statut de 80 % active et de 20 % ménagère, ce qui n'est pas contesté par la recourante. Il a alloué une rente entière d'invalidité à la recourante dès le 1er février 2020 (soit six mois après le dépôt de sa demande et à l'issue du délai de carence d'une année ; art. 29 al. 1 LAI), estimant que l'intéressée était totalement incapable de travailler dans toute activité (degré 10J010 - 30 - d'invalidité de 80 % pour la part active) et que ses empêchements ménagers s'élevaient à 43,3 % selon l'évaluation ménagère du 1er mars 2022 (degré d'invalidité de 8,66 % pour la part ménagère), ce qui menait à un degré d'invalidité total de 89 %. L'intimé a toutefois retenu que la recourante avait connu une amélioration de son état de santé à compter du 1er août 2021, six mois après l'opération consistant à lui implanter une prothèse totale de la hanche droite. Il a ainsi estimé que sa capacité de travail s'élevait désormais à 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de mouvements d'adduction-abduction répétés du MSD, pas de travail prolongé au-delà de l'horizontale, pas de port de charges en bimanuel de plus de cinq kilos, pas de soulèvement de charges de plus de deux kilos avec le MSD, éviter les chutes ou position accroupie ou à genoux prolongée), se fondant sur le rapport d'expertise du Z. _____ du 25 mars 2021, sur le rapport d'examen rhumatologique du SMR du 28 septembre 2021 et sur les avis du SMR. Au terme de ses calculs, il est parvenu à un degré d'invalidité arrondi de 28 % (19,70 % pour la part active et 8,66 % pour la part ménagère). L'intimé a donc supprimé le droit à la rente à la fin du troisième mois suivant l'aptitude à l'activité de travail adaptée (cf. art. 88a al. 1 RAI), soit au 31 octobre 2021. La recourante conteste cette appréciation, estimant que l'intimé n'a pas suffisamment pris en compte les pièces médicales produites lors de la procédure administrative et faisant valoir que son état de santé était toujours en cours d'investigation. Au vu de ce qui précède, seule est litigieuse la question de savoir si la recourante peut se prévaloir d'un droit à la rente au-delà du 31 octobre 2021. Il s'agit dès lors d'examiner si, comme le retient l'OAI, la recourante a retrouvé une capacité de travail

de 80 % dans une activité adaptée à partir du 1er août 2021 et jusqu'à la date de la décision litigieuse du 27 août 2024. Il n'y a pas lieu de revenir sur la période antérieure au vu des griefs soulevés par la recourante. 10J010

- 31 - Il convient dès lors d'examiner la force probante du rapport d'expertise du Z._____ et celle du rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR. b) D'un point de vue formel, le rapport d'expertise du Z._____ établi le 25 mars 2021 remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, les experts ont individuellement rencontré la recourante les 13 et 15 janvier 2021, ont fait réaliser une échographie et une radiographie au Centre d'imagerie de X*** le 20 janvier 2021, ont confronté leurs conclusions lors d'une conférence consensuelle le 15 février 2021, puis ont rédigé un rapport détaillé. Ils ont ainsi établi une évaluation consensuelle dans laquelle ils ont conjointement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. Chaque expert a procédé à une étude circonstanciée du cas et dressé une anamnèse complète, aussi bien sur le plan personnel et familial que social et médical. Les experts ont tenu compte des plaintes de la recourante, qu'ils ont soigneusement énumérées, et les ont confrontées avec leurs constatations objectives. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. L'expertise a en outre été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier, les experts ayant synthétisé les documents médicaux depuis 2019 (cf. expertise du Z._____, p. 33 ss). c) Sur le plan psychiatrique, l'expert A._____ a posé les diagnostics de dysthymie (F34.1), de trouble du comportement alimentaire (F50) et de trouble somatoforme persistant (F45.4). Il a procédé à une discussion approfondie des diagnostics posés, relevant l'absence d'avis psychiatrique au dossier, l'assurée n'étant pas suivie sur le plan psychiatrique et se voyant prescrire un anti-dépresseur par sa médecin traitante. A son sens, la sévérité du trouble de l'humeur était insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Il lui apparaissait en outre légitime d'évoquer un trouble somatoforme persistant douloureux, devant un état douloureux persistant pénible entravant la vie quotidienne avec des limitations fonctionnelles. La symptomatologie consistait en une humeur à tonalité triste, une asthénie, une sensation d'épuisement et de 10J010

- 32 - lassitude, quelques idées noires mais sans vellétés suicidaires, un très léger ralentissement psychomoteur et une perte de goût à tout plaisir. L'expert psychiatre a également retenu un trouble du comportement alimentaire, avec autrefois obésité, puis une maigreur actuelle en relation avec une conduite anorexique réactionnelle. A cet égard, le Dr A._____ a – conformément aux exigences jurisprudentielles en matière de troubles psychosomatiques et psychiques (cf. consid. 5c supra) – posé les diagnostics selon les règles de l'art, se référant notamment à un système de classification reconnu, soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Il a également procédé à une analyse complète des indicateurs de l'ATF 141 V 281. Dans ce cadre, il s'est dûment prononcé sur le degré de gravité du trouble somatoforme persistant douloureux invalidant de l'expertisée, en le qualifiant de peu sévère ; il a relevé à cet égard qu'elle avait présenté une dépressivité de l'humeur sans état dépressif majeur caractérisé ou sévère depuis 2005, avec une prise de traitement antidépresseur Cipralex de manière assez régulière, mais par intermittence et sans suivi psychiatrique. La recourante ne présentait aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la mémoire ou du cours de la pensée, elle présentait une intelligence tout à fait satisfaisante. Elle souffrait toutefois de

troubles du sommeil avec une fatigue, une anxiété et une inquiétude en rapport avec son avenir. S'agissant du critère relatif au succès ou à l'échec du traitement et de la réadaptation, il a indiqué que le traitement antidépresseur de la recourante pourrait être réadapté et qu'une psychothérapie paraissait nécessaire. Aucun trouble de la personnalité n'avait été constaté. Au regard de la Mini CIF-APP, la symptomatologie entraînait une diminution des capacités personnelles de l'intéressée, qui conservait toutefois la capacité de structurer les tâches, prendre des décisions, établir des contacts avec les autres, vivre en groupe et prendre soin d'elle-même. Elle disposait de ressources auprès de ses enfants et de sa mère. Du point de vue de la cohérence, l'expert psychiatre a relevé que la limitation d'activité dans les domaines de la vie paraissait en rapport avec les douleurs ressenties, mais aussi avec une répercussion psychique de ses douleurs ; l'assurée ne semblait pas avoir d'autres activités en dehors du 10J010

- 33 - fait d'emmener son fils à l'école, de se doucher, de préparer les repas et d'aller parfois en courses, les limitations en lien avec le ménage n'étant toutefois pas en lien avec les troubles psychiques. En définitive, la capacité de travail de la recourante s'élevait ainsi à 80 % (100 % de taux d'activité avec une baisse de rendement de 20 %) tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée depuis le 12 février 2019. La baisse de rendement était liée à une diminution de la résistance et de l'endurance en raison d'une fatigue. Les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise ne sauraient être remises en cause par les rapports établis postérieurement. Dans leur rapport du 22 décembre 2021 relatif au séjour volontaire de la recourante au sein du Service psychiatrique du CHUV du 23 au 30 novembre 2021, les psychiatres du CHUV ont posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte et expliqué que la patiente leur avait été adressée par sa médecin traitante pour mise à l'abri d'idées suicidaires ; ce séjour avait rapidement pris fin, l'assurée ne s'étant pas sentie à l'aise dans l'unité psychiatrique et ayant programmé un rendez-vous avec un psychiatre. Il sied de mentionner ici la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, selon laquelle ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). In casu, ce rapport ne fait pas état d'une symptomatologie différente de celle rapportée par l'expert psychiatre du Z. _____, ni de limitation fonctionnelle qui n'aurait pas été prise en compte. Les idées suicidaires de la recourante se sont révélées passagères, le rapport du 22 décembre 2021 du Département de psychiatrie du CHUV retenant effectivement une absence d'idée suicidaire, et ne permettent ainsi pas de fonder une aggravation durable de l'état de santé de la recourante. 10J010

- 34 - Il en va de même du rapport établi le 10 juin 2022 par la psychiatre traitante de l'assurée, auprès de qui celle-ci avait débuté un suivi le 15 décembre 2021. Les diagnostics posés de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse dans le cadre d'un trouble dépressif et de trouble de la personnalité à traits dépendants diffèrent certes de ceux de trouble somatoforme persistant et de dysthymie posés par le Dr A. _____. Cela étant, le trouble de la personnalité n'est pas incapacitant. En outre, il apparaît que la symptomatologie constatée par la Dre R. _____ correspond à celle constatée par l'expert du Z. _____. La psychiatre traitante ne fait du reste pas état de limitation fonctionnelle objective susceptible d'invalider le volet psychiatrique de l'expertise. L'incapacité de travail totale attestée depuis le 15 décembre 2021 n'est d'ailleurs pas étayée. Dans ces conditions,

l'appréciation dûment motivée et convaincante du Dr A. _____ doit être privilégiée. d) Sur le plan de la médecine interne, l'expert H. _____ a posé les diagnostics d'hypotension artérielle, d'allergie à la Pénicilline, d'intolérance au lactose, de deux épisodes de bronchopneumonie anamnestiques, de status après mise en place d'un anneau gastrique en 1998, de status après ablation d'un anneau gastrique et mise en place d'un bypass gastrique en 2015, et cholécystectomie (dans les suites opératoires, sténose de l'anse après un mois nécessitant des dilatations) et de plusieurs interventions chirurgicales esthétiques avec abdominoplastie et mise en place de prothèses mammaires bilatérales changées en 2020. Il a indiqué que l'hypotension artérielle se manifestait depuis environ dix ans sous la forme de malaises, de chutes et de pertes de connaissance, investigués mais sans résultat ; ces malaises se raréfiaient et un traitement avec Gutron était poursuivi à raison de deux fois par jour. La cholécystectomie réalisée en 2015 avait été très bien supportée et l'expertisée n'avait plus présenté d'autres problèmes. Il n'existait pas d'autre option thérapeutique et la compliance était complète vis-à-vis des traitements. La capacité de travail de l'expertisée s'élevait, selon l'expert H. _____, à 100 % dans l'activité habituelle. Il n'y avait aucune limitation ni aucun handicap au niveau de la médecine interne générale. Cette appréciation ne prête pas le flanc à la 10J010

- 35 - critique et n'est au demeurant remise en doute par aucun élément au dossier. e) Sur le plan rhumatologique, l'experte G. _____ a posé les diagnostics de prothèse totale de la hanche droite le 29 janvier 2021 pour coxarthrose droite invalidante, de douleurs diffuses de l'hémicorps droit d'origine inexpliquée et de tendinopathie de l'épaule droite avec minime rupture. L'experte ne s'est pas attardée sur la question de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, ni sur ses limitations fonctionnelles, ayant relevé que l'assurée se trouvait en convalescence à la suite d'une intervention chirurgicale qui engendrait une incapacité de travail totale quelle que soit l'activité ; une réévaluation était ainsi nécessaire dans les quatre à six mois après l'opération. Partant, si l'expertise du Z. _____, entièrement probante, permettait effectivement de statuer sur la capacité de travail de l'expertisée jusqu'au mois d'août 2021, l'instruction du dossier devait nécessairement être actualisée au niveau rhumatologique après stabilisation de l'état de santé de la recourante s'agissant de sa hanche droite. f) L'OAI a, par conséquent, mis en œuvre un examen clinique rhumatologique auprès d'un médecin du SMR, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, lequel a examiné la recourante le 13 septembre 2021. Comme annoncé précédemment, il convient d'analyser la force probante du rapport de ce médecin du 28 septembre 2021. aa) Aux termes de son rapport, le médecin du SMR a posé le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail d'omalgies droites chroniques dans un contexte de vraisemblable conflit sous-acromial et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de status post pose de PTH droite pour coxarthrose, de status post cure de tunnel carpien droit, de fibromyalgie et d'antécédent personnel d'entorse de la cheville droite, sans signe de gravité. Il a décrit les plaintes de l'assurée, en ce sens que celle-ci était gênée au quotidien par une douleur qui s'étendait sur tout 10J010

- 36 - le MSD, qui partait depuis l'épaule, irradiait à la nuque, à la face latérale du bras et de l'avant-bras et se terminait au poignet ; les douleurs étaient d'allure mécaniques. S'agissant de sa hanche droite, l'intéressée s'estimait beaucoup mieux dans les suites de l'opération du 29 janvier 2021, même si elle n'avait pas encore récupéré la même mobilité articulaire qu'à gauche. A l'examen de l'épaule droite, le médecin du SMR a notamment constaté une

légère diminution de la trophicité du supra-épineux droite, la trophicité des bras et des avant-bras étant cependant normale, excluant une amyotrophie de non-utilisation ; la mobilité était modérément restreinte dans toutes les directions et fortement restreinte en rotation externe. Quant à la hanche droite, la recourante présentait une légère diminution de la trophicité du quadriceps et la palpation coxofémorale restait sensible. Au vu de ces éléments, il a estimé que la recourante présentait des limitations fonctionnelles liées à son MSD, à savoir : pas de mouvement d'adduction-abduction répétés du MSD, pas de travail prolongé au-delà de l'horizontale, pas de port de charges en bimanuel de plus de cinq kilos, pas de soulèvement de charges de plus de deux kilos avec le MSD. L'assurée devait également éviter de chuter et de travailler en position accroupie ou à genoux prolongée, en raison du status post prothèse totale de la hanche droite. Le médecin du SMR a estimé que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, qui ne respectait pas les limitations fonctionnelles d'épargne du MSD, persistait depuis le 12 février 2019. Sur le plan ostéoarticulaire, il a retenu une exigibilité de 100 % dans une activité adaptée à six mois de la pose de la PTH droite, soit dès le mois d'août 2021. Il a encore précisé qu'il ne retenait pas de diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée relativement aux atteintes au MSD, en raison d'une incohérence entre l'importance des allégations douloureuses de l'assurée et les constatations objectives. A son avis, les difficultés de l'assurée à utiliser son MSD et les hémicorporalgies droites étaient en relation avec la fibromyalgie présentée par l'assurée. Il a donc retenu une capacité de travail globale de 80 % dans une activité adaptée, en tenant compte des conclusions du volet psychiatrique de l'expertise du Z._____. 10J010

- 37 - bb) Le rapport établi par le SMR remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder valeur probante, puisqu'il synthétise les éléments médicaux au dossier, dresse une anamnèse détaillée de la recourante sur les plans familial, scolaire et professionnel et médical, répertorie les plaintes de la recourante, fait état d'une journée-type, et rend compte de ses examens cliniques. Ses conclusions sont étayées et convaincantes. Certes, ce rapport retient le diagnostic de fibromyalgie, lequel avait été écarté par l'expert rhumatologue du Z._____. Il convient toutefois de rappeler qu'il n'appartient pas à l'Office AI de trancher la question du diagnostic exact à retenir lorsqu'il s'agit de distinguer entre un trouble somatoforme douloureux et une fibromyalgie, lesquels présentent de nombreux points communs (cf. consid 5d supra). En l'occurrence, il est admissible que le médecin du SMR, spécialiste en rhumatologie, ait évoqué une fibromyalgie et l'ait intégrée parmi les diagnostics à caractère non incapacitants. En effet, il ressort de l'expertise pluridisciplinaire diligentée quelques mois auparavant par le Z._____, que l'expert psychiatre avait posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Dans ce contexte, il se comprend que l'atteinte douloureuse en question ait été appréciée, par le rhumatologue, comme ne générant pas en soi d'incapacité de travail sur le plan somatique, dès lors que son impact fonctionnel avait déjà été analysé et reconnu sous l'angle psychiatrique. Il apparaît ainsi que l'examen requis au regard des indicateurs jurisprudentiels (cf. consid. 5d supra) a bel et bien été effectué par un spécialiste compétent, à savoir un psychiatre. Les effets de l'atteinte litigieuse sur la capacité de travail ont été évalués de manière adéquate et conforme à la jurisprudence, indépendamment de la dénomination retenue – fibromyalgie ou trouble somatoforme douloureux –, puisqu'une baisse de rendement de 20 % a été prise en compte à cet égard. Il s'ensuit que ce diagnostic de fibromyalgie posé par le médecin du SMR n'entache pas la force probante de son rapport. cc) La recourante fait valoir que son cas ne serait pas stabilisé et qu'il ferait toujours l'objet d'investigation. Il sied de relever à cet

égard que la notion de stabilisation de l'état de santé, si elle est déterminante en 10J010

- 38 - assurance-accidents (art. 19 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]), ne l'est pas en ce qui concerne l'assurance-invalidité. Ainsi, l'allégation de la recourante n'est pas pertinente en soi. Il convient en revanche d'examiner si les pièces médicales établies postérieurement à l'examen rhumatologique du SMR contredisent celui-ci et permettent une appréciation différente de son cas. En l'occurrence, en ce qui concerne l'épaule droite, il apparaît que la symptomatologie douloureuse présentée par la recourante depuis 2019 n'est que partiellement explicable par ses atteintes somatiques, et que les médecins traitants ont poursuivi leurs investigations après l'examen réalisé en septembre 2021 par le rhumatologue du SMR. Ainsi, le Dr S. _____, qui a commencé à suivre l'intéressée le 13 septembre 2022, a posé le diagnostic de dyskinésie scapulaire droite avec suspicion d'un CRPS du MSD avec tendinopathie du supra-épineux droit dans son rapport du 15 septembre 2022. L'examen neurologique réalisé auprès du Dr U. _____ le 1er novembre 2022 ne mettait toutefois pas en évidence de lésion nerveuse au niveau du MSD (cf. rapport du 26 janvier 2023 du Dr U. _____ à l'OAI) et la scintigraphie du MSD révélait des signes d'algoneurodystrophie atypique du MSD. Au vu de ces résultats, le Dr S. _____, dans son rapport du 3 novembre 2022, a retenu que le pronostic restait inchangé par rapport à l'aptitude au travail de la recourante, à savoir que celle-ci ne serait plus apte à effectuer une activité professionnelle avec efforts (maximum deux à cinq kilos) avec mobilisation répétée du MSD ou avec mobilisation de l'épaule droite au-dessus du buste. Ces limitations correspondent à celles retenues par le rhumatologue du SMR en septembre 2021, de sorte qu'aucune aggravation n'est démontrée. Il en va de même du rapport établi le 23 septembre 2022 par la Dre K. _____, qui a observé que l'état de santé de sa patiente était stationnaire, avec des douleurs à l'épaule droite « de plus en plus invalidantes et exacerbées ces dernières semaines » ; il ne ressort toutefois pas de ce rapport que la situation se serait péjorée objectivement, la médecin traitante ayant indiqué que l'intéressée ne pouvait pratiquement pas utiliser son épaule droite, la limitation étant présente dans toutes les 10J010

- 39 - amplitudes, ce qui correspond encore une fois aux constats effectués une année plus tôt par le SMR. Cela dit, force est de constater que les éléments au dossier postérieurs au mois de novembre 2022 sont de nature à mettre en doute le fait que les conclusions du rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR du 28 septembre 2021 soient encore valables à la date de la décision attaquée du 27 août 2024. Dans son rapport du 3 novembre 2022, le Dr S. _____ évoquait en effet des lombosciatalgies droites plus invalidantes que les atteintes au MSD constatées chez la recourante. Cette situation a mené à la réalisation de radiographies lombaires le 16 février 2023, lesquelles ont révélé la présence d'une prise de contraste facettaire L4-L5 avec une sténose foraminale sur un kyste facettaire qui comprimait la racine L5 droite dans son foramen. Le Dr BB. _____ a ainsi estimé que les douleurs présentées par la recourante étaient tout à fait explicables par ces examens et il a préconisé une prise en charge infiltrative, voire une prise en charge chirurgicale sous la forme d'une spondylodèse (cf. rapport du 8 mars 2023 du Dr BB. _____). Il apparaît que cette atteinte au rachis est nouvelle, puisque tant l'expert rhumatologue du Z. _____ que le médecin rhumatologue du SMR avaient exclu un syndrome rachidien lombaire et relevé une absence d'attitude antalgique au niveau du rachis (cf. expertise du Z. _____ du 25 mars 2021, p. 25 ; rapport d'examen rhumatologique du 28 septembre 2021, p. 10). Celle-ci

apparaît en outre durable et conséquente, le Prof. V. _____ ayant posé le diagnostic incapacitant de lombosciatalgies droites invalidantes, avec un score de 79 sur l'échelle de Québec correspondant à un retentissement majeur et relevé que la recourante estimait l'intensité douloureuse à 8/10 sur l'échelle EVA, ces douleurs durant depuis plusieurs mois. A cela s'ajoute que les infiltrations réalisées au printemps 2023 avaient permis une amélioration durant trois semaines, mais que la symptomatologie douloureuse était ensuite revenue aussi intense que précédemment (cf. rapport du 14 juillet 2023 du Prof. V. _____). Face à cette problématique, le Dr BB. _____ a organisé une prise en charge chirurgicale en septembre 2023 pour décompression et 10J010

- 40 - résection du kyste facettaire L5-S1 droit et attesté que sa patiente était toujours à l'arrêt à 100 %. La Prof. O. _____ a toutefois expliqué, dans un rapport du 19 mars 2024, que cette chirurgie avait dû être reportée au printemps 2024 en raison des troubles vaso-vagaux de la patiente ; dans l'intervalle, une IRM avait mis en évidence une résorption du kyste en janvier 2024 et une amélioration des symptômes (cf. également rapport du 4 décembre 2024 du Dr BB. _____). Les médecins consultés par la recourante ont, en outre, fait état de limitations fonctionnelles supplémentaires liées au rachis, à savoir la flexion-rotation du tronc, la mobilisation ou position assise ou debout tenue immobile, la limitation de la marche à 800 mètres et la limitation de la position debout à trente minutes (cf. rapports des 24 mai et 14 juillet 2023 du Prof. V. _____ et du 19 mars 2024 de la Prof. O. _____). Face à ces éléments, il est totalement erroné de considérer qu'au regard du dossier, le tableau clinique et les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires restaient inchangés, évoluant dans le contexte d'un trouble somatoforme persistant déjà retenu par l'expert psychiatre en 2021, pour lequel les traitements antalgiques étaient inefficaces, et, ainsi, d'estimer que les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire et de l'examen clinique rhumatologique du SMR de 2021 restaient valables, comme l'a fait le SMR par avis du 18 juin 2024. Il ressort au contraire des pièces au dossier que l'assurée a présenté une nouvelle atteinte à la santé, soit des lombosciatalgies droites, lesquelles sont répertoriées au dossier dès le mois de novembre 2022, dont la phase aiguë a duré de nombreux mois (la symptomatologie s'étant améliorée aux alentours du mois de janvier 2024 selon le Dr BB. _____) et ont engendré de nouvelles et importantes limitations fonctionnelles au niveau du rachis. Comme le retenait le SMR par avis du 22 juin 2023, il incombait à l'OAI d'examiner la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, incluant celles relatives au rachis, pendant la phase aiguë des lombalgies et après que celle-ci a été maîtrisée. L'OAI n'a toutefois pas tenu compte de cet avis, à tort. 10J010

- 41 - dd) Partant, les conclusions du rhumatologue du SMR du 28 septembre 2021 sont valablement mises en doute par les éléments médicaux au dossier et ne sauraient être suivies pour déterminer la capacité de travail de la recourante sur le plan rhumatologique à la date de la décision attaquée. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le dossier de la recourante est lacunaire et ne permet pas d'apprécier, à satisfaction de droit, le caractère invalidant de ses atteintes physiques à compter du mois d'août 2021, de sorte que l'intimé n'était pas légitimé à rendre la décision litigieuse sans autres mesures d'instruction.

E. 7

a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à

l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée, dès lors que c'est à elle qu'il appartient en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale neutre, comportant à tout le moins un volet rhumatologique et un volet psychiatrique, comprenant une étude des indicateurs jurisprudentiels, au vu du diagnostic posé de trouble somatoforme douloureux ayant une incidence sur la capacité de travail de la recourante, à charge pour les experts de s'adjoindre des spécialistes d'autres disciplines s'ils l'estiment nécessaire. Il incombera aux experts nommés de déterminer l'incidence des atteintes rhumatologiques de la recourante, couplées à ses atteintes psychiatriques, sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, ainsi que les limitations 10J010

- 42 - fonctionnelles retenues, avec une chronologie détaillée des atteintes et de la capacité de travail depuis le mois d'août 2021.

E. 8

a) En définitive, le recours doit être admis. La décision attaquée doit être confirmée en tant qu'elle alloue une rente d'invalidité entière à la recourante du 1er février 2020 au 31 octobre 2021. Elle doit être annulée pour le surplus et la cause doit être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision s'agissant du droit à la rente de la recourante à compter du 1er novembre 2021. b) 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 l'intimé, vu l'issue du litige. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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