

VD_GERICHTE ZD25.014568 vom 26. September 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-09-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.014568

FR: VD_GERICHTE ZD25.014568 du 26 septembre 2025

IT: VD_GERICHTE ZD25.014568 del 26 settembre 2025

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

- 10 - 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). c) Conformément à l'art. 28a al. 1, première phrase, LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. L'art. 28b LAI dispose que la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux d'invalidité (al. 2), un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47,5 % (al. 4 ; chaque point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2,5 %).

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

- 11 - 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 ; 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).

E. 6

a) aa) En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'examens sur les plans rhumatologique et psychiatrique auprès du Centre d'expertises H. _____ Sàrl, dont les conclusions ont été reprises par le SMR et suivies par l'office AI pour rendre la décision litigieuse. Aux termes de celle-ci, la recourante disposait, malgré les atteintes à la santé qu'elle présentait, d'une capacité de travail, de 80 % dans une activité adaptée, soit évitant le port de charges de plus de 5 à 10 kg et la surcharge du rachis et autorisant l'alternance des positions assise et debout.

- 12 - bb) La recourante conteste les conclusions de l'expertise du Centre d'expertises H. _____ Sàrl et soutient que l'instruction menée par l'office AI n'est pas complète. Elle considère que l'intimé a omis d'examiner si les diagnostics de douleur musculosquelettique primaire chronique et de douleur viscérale primitive chronique posés dans le rapport du 21 novembre 2024 de la Dre Z. _____ de l'Hôpital S. _____ à la suite de l'expertise du Centre d'expertises H. _____ Sàrl et antérieurement à la décision attaquée, ont une incidence sur sa capacité de travail. b) Tel que complété le 16 janvier 2024, le rapport d'expertise du 6 novembre 2023 remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Tant sur les plans rhumatologique que psychiatrique, l'expertise est fondée sur des examens cliniques complets. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, socioprofessionnelle), elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical et asséculogique mis à disposition. Les experts se sont en particulier exprimés sur les rapports des autres médecins ayant examiné la recourante, exposant le cas échéant pour quelles raisons ils s'écartaient de leur point de vue. En outre, les plaintes de la recourante ont été prises en considération. Par ailleurs, les experts ont discuté les options thérapeutiques envisageables, évalué la cohérence et l'authenticité de même qu'ils ont examiné la personnalité, les ressources et les difficultés de la recourante, y compris dans le cadre de l'accomplissement des tâches ménagères. L'appréciation de la situation médicale est claire et débouche sur des conclusions soigneusement motivées. aa) Sur le plan rhumatologique, l'examen clinique pratiqué par le Dr W. _____ s'est avéré normal, hormis la présence d'un syndrome de dysbalance musculaire associé à un déconditionnement global. Ce médecin a ainsi constaté que l'assurée était restée assise 40 minutes dans une position confortable, sans demander à se lever ou à changer de position ;

elle s'est par ailleurs déplacée de manière fluide de la salle

- 13 - d'attente au cabinet d'examen, de même qu'elle était autonome dans les gestes du déshabillage et de l'habillage. Au status rhumatologique, la marche était fluide et aisée ; la mobilité spontanée s'effectuait sans boiterie ni steppage, alors que les bras n'étaient tenus tendus à l'horizontale que quelques secondes. S'agissant de la colonne cervico-dorsale, l'expert a constaté que son aspect était normal, sans attitude antalgique ou déformante ; la distance menton-sternum est passée de 0 à 32 cm ; les latéroflexions étaient à 45° et les rotations à 85° ; la palpation était indolore. S'agissant de la colonne lombaire, le Dr W. _____ a noté un abdomen pléthorique avec une perte de la musculature abdominale pelvienne ; la distance mains-sol était nulle ; la mesure au test de Schober était de 10 à 15 cm ; les latéroflexions étaient à 40° et les rotations à 70° ; l'épreuve talons-pointe des pieds s'est faite sans difficultés ; le flapping-test était négatif ; la manœuvre de Lasègue était supérieure à 90° des deux côtés ; les réflexes étaient faibles, mais symétriques et bilatéraux ; la palpation était insensible. Quant à l'examen neurologique, il s'est révélé normal ; il n'y avait pas de syndrome pyramidal ou extrapyramidal ; il n'y avait pas non plus de signe de Babinski ni de déficit distal ou proximal ; les réflexes étaient présents et symétriques aux quatre membres ; les paires crâniennes étaient normales et il n'y avait pas de nystagmus ou d'ataxie. Les tests pratiqués ont mis en évidence l'existence d'une fibromyalgie, si bien que le Dr W. _____ a retenu ce diagnostic ainsi que celui de discopathie cervico-arthrosique stabilisée et celui – non incapacitant – de pieds plats. bb) Du point de vue psychiatrique, le Dr A. _____ a exclu tout diagnostic incapacitant, tandis qu'il a retenu – sans effet sur la capacité de travail – des troubles anxieux et dépressifs mixtes, une agoraphobie avec des troubles paniques en rémission ainsi que des troubles somatoformes indifférenciés. L'examen clinique n'a pas mis en évidence de ralentissement psychomoteur en-dehors du début de l'entretien, ni de tristesse durable ; il n'y avait pas de trouble de la concentration, de l'attention, ni de trouble significatif de la mémoire en-dehors de la difficulté de se rappeler certaines dates précises. En revanche, l'expert a retrouvé des symptômes anxieux et dépressifs

- 14 - évoluant depuis de nombreuses années, lesquels n'ont toutefois conduit à aucune hospitalisation en psychiatrie, ni à aucune consultation en urgence en milieu psychiatrique, mais uniquement à des consultations en hôpital général motivées par des craintes en lien avec des palpitations cardiaques. Le Dr A. _____ estimait que les plaintes somatiques rapportées faisaient partie intégrante du tableau de troubles anxieux et dépressifs. Au demeurant, ces troubles n'avaient pas une intensité suffisante pour entraîner une incapacité à faire face aux tâches élémentaires de la vie quotidienne, à se déplacer ou à s'occuper des enfants. En 2020, l'assurée a présenté des attaques de panique ayant fait l'objet d'investigations, en particulier cardiologiques, pour les palpitations anxiogènes évoquées par la recourante. Celle-ci a également présenté des symptômes agoraphobiques, craignant de rester seule et que quelque chose de fâcheux ne lui arrive sans que personne ne soit à ses côtés ; c'est pourquoi, elle avait pris l'habitude d'appeler de nombreuses personnes pour être rassurée. Ces symptômes se sont cependant amendés et il n'y avait pas, au jour de l'examen, d'éléments agoraphobiques majeurs, l'assurée étant capable de faire ses courses dans des grandes surfaces et de prendre les transports publics. S'agissant du diagnostic d'état de stress post-traumatique, l'examen clinique n'a pas mis en évidence de plaintes concernant des cauchemars ou des flash-backs. Selon la recourante, ces angoisses survenaient toutes seules, alors qu'auparavant, elles apparaissaient au moment où elle

pensait à l'avenir de ses enfants ; il n'y avait toutefois pas de souvenir intrusif en lien avec des maltraitances passées, susceptibles de déclencher ces attaques de panique ; aucun comportement d'évitement n'était retrouvé, que cela soit dans les plaintes, la description des journées ou le cours des activités habituelles. Quant aux troubles somatoformes, ils concernaient les troubles digestifs et les douleurs à la poitrine ; ce trouble n'était toutefois pas incapacitant, du fait qu'il ne revêtait pas le caractère insistant et

- 15 - dramatique d'une somatisation, que les plaintes étaient relativement peu nombreuses et qu'il n'y avait pas d'altération des relations interpersonnelles, en particulier familiales.

cc) D'un point de vue consensuel, les Drs W. _____ et A. _____ ont retenu, sur le plan psychiatrique, que la capacité de travail était entière en toute activité en l'absence de limitations fonctionnelles de ce registre ; du point de vue rhumatologique, afin de tenir compte d'une diminution de rendement de 20 %, la capacité de travail était de 80 % dans l'activité habituelle, ainsi que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : « éviter de porter des charges de plus de 5/10 kilos », « alterner les positions assis ou debout » et « éviter de surcharger le rachis ». Les experts ont maintenu leur appréciation dans leur rapport complémentaire du 16 janvier 2024. c) Aucune pièce médicale ne justifie de s'écarter des conclusions de l'expertise bidisciplinaire du Centre d'expertises H. _____ Sàrl. Dans ce contexte, le rapport – succinct – établi par la Dre Z. _____ le 21 novembre 2024 ne permet pas de retenir la thèse d'une incapacité totale de travailler en toute activité. Outre que cette médecin ne discute à aucun moment du contenu de l'expertise du Centre d'expertises H. _____ Sàrl, elle ne fait pas état d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte par les experts ou qui justifieraient de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée. La consultation auprès de la Dre Z. _____ avait une visée antalgique avec des propositions thérapeutiques. aa) En l'occurrence, il ressort du dossier médical que l'importance de la symptomatologie douloureuse résulte pour l'essentiel des seules plaintes subjectives exprimées par la recourante. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de

- 16 - douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; TF 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4). bb) S'agissant des douleurs abdominales, la Dre Z. _____ fait état de douleurs abdominales depuis environ 2020 avec des brûlures à l'estomac et une constipation chronique, constat posé par la Dre M. _____, qui a mentionné que sa patiente souffrait depuis longtemps de manière durable et fluctuante de douleurs chroniques généralisées, de constipation et de douleurs abdominales (rapport du 18 septembre 2023). Cette praticienne a évoqué des symptômes neurovégétatifs sans maladie organique dans un contexte d'anxiété grandissante (rapport du 29 juin 2022). Enfin, dans leur complément du 16 janvier 2024 (p. 2), les experts ont expliqué que le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié se rapportait à la sphère digestive, dès lors que le lien direct entre les plaintes digestives avec les attaques de panique n'était pas aussi clair. Ce trouble n'avait pas de caractère incapacitant (cf. rapport d'expertise du 6 novembre 2023, p. 44). cc) S'agissant de la douleur musculosquelettique, la Dre Z. _____ a rapporté les

plaintes de l'assurée, à savoir des douleurs thoraco-lombaires et des épaules (notamment des trapèzes), ainsi que des douleurs diffuses touchant en particulier la ceinture scapulaire et les membres inférieurs. Il convient de rappeler que l'expert rhumatologue a fait état d'un status rassurant, mais a évoqué un syndrome de dysbalance musculaire avec un déconditionnement global. Il a confirmé le diagnostic de fibromyalgie et l'évaluation de la capacité de travail de 80 % par le Dr R. _____, soit une baisse de rendement de 20 % en raison de la fatigue et des douleurs. d) Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail de 80 % (100 % avec une baisse de rendement de 20 %) dans son activité habituelle ainsi que dans

- 17 - toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles rhumatologiques. En définitive, le taux d'invalidité pour la part active s'élève à 16 % (80 % x 20 %), alors qu'il n'y a pas d'empêchement dans la part ménagère, ce qui n'est pas contesté. Le taux d'invalidité de 16 % s'avère toutefois insuffisant pour ouvrir droit à des prestations légales.

E. 7

Par conséquent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 8

a) 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 (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

- 18 -