

VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 211 vom 16. April 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-04-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__211

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 211 du 16 avril 2018

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 211 del 16 aprile 2018

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, FIBROMYALGIE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 8

a) En l'espèce, l'intimé a rendu les premières décisions d'octroi de rente fondée sur un degré d'invalidité de 89 % en août 2000, avec effet au 1^{er} octobre 1998, sur la base de rapports médicaux rapportant une fibromyalgie, un état dépressif, une discopathie L5-S1 avec hernie médiane para-médiane gauche discrètement sub-luxée derrière le corps de L5, des lombalgies, ainsi que des cervicalgies (cf. rapports des 9 mars 1998 et 15 septembre 1999 du Dr W._____ et rapport du 14 avril 1998 des Drs Q._____ et K._____). Cette rente a été maintenue à la suite d'une procédure de révision en 2002 (cf. communication de l'OAI du 9 septembre 2002), le Dr G._____ ayant considéré que l'état de santé de la recourante était stationnaire (cf. rapport du 25 juillet 2002). La rente a derechef été maintenue à la suite de la procédure de révision initiée en 2005 (cf. communication de l'OAI du 11 janvier 2006), les diagnostics posés par le Dr G._____ avec répercussions sur la capacité de travail étant ceux de lombosciatalgies sur discopathie L5-S1, avec hernie médiane et paramédiane gauche, de fibromyalgie, de cervicalgies, de canal lombaire étroit L3-L4 et L4-L5, ainsi que d'état dépressif (cf. rapport du 3 novembre 2005). Enfin en 2010, l'intimé a une nouvelle fois procédé à la révision de la rente, qu'il a maintenue (cf. communication du 12 avril 2010), les diagnostics posés avec effets sur la capacité de travail étant ceux de lombosciatalgies gauche sur hernie discale médiane et paramédiane gauche en L5-S1 et canal lombaire étroit en L3-L4 et L4-L5, de cervicalgies chroniques et d'état dépressif chronique, épisode actuel moyen (cf. rapport du 1^{er} avril 2010 du Dr G._____). b) Comme l'a mentionné l'intimé le 6 février 2014 dans son courrier au Z._____ adressé en copie à la recourante, la procédure de révision ouverte fin 2012 l'a été dans le cadre d'un réexamen de rente selon les dispositions finales de la 6^e révision de l'AI. L'on observe en premier lieu qu'une procédure de révision ordinaire selon l'art. 17 LPGA est en effet exclue, dans la mesure où, à tout le moins jusqu'à l'expertise du Z._____ du 13 juin 2014 des Drs T._____, X._____ et L._____, les rapports médicaux au dossier ne mettent pas en évidence de modification essentielle de l'état de santé de l'intéressée, le Dr G._____ posant les mêmes diagnostics et faisant la même appréciation de la situation de sa patiente que dans le cadre des procédures de révision antérieures. c) La rente a été octroyée à l'origine à la recourante sur la base du rapport détaillé du 14 avril 1998 des Drs Q._____ et K._____, lesquels ont fait état d'une fibromyalgie et d'un état dépressif. Ces médecins ont en

particulier relevé que les douleurs diffuses dont se plaignait la recourante depuis plusieurs années leur faisaient retenir le diagnostic de fibromyalgie. Ceci s'inscrivait dans un contexte de troubles du sommeil, de tristesse avec pleurs fréquents et de nervosité correspondant très probablement à un état dépressif. Les Drs Q. _____ et K. _____ ont estimé qu'il n'y avait pas d'argument, tant à l'anamnèse qu'à l'examen neurologique, pour un syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire surajouté. En outre, une IRM lombaire d'octobre 1994 révélait une discopathie L5-S1 avec hernie médiane et paramédiane gauche, ce qui n'expliquait cependant pas les plaintes de l'intéressée. Ainsi, ces médecins n'ont pas retenu d'indication à répéter cet examen ni à prévoir une intervention chirurgicale. Ils ont par ailleurs estimé que l'anamnèse de paresthésies à prédominance nocturne des deux mains pouvait faire évoquer un syndrome du tunnel carpien. Cependant, la plainte principale de la recourante ne relevant pas de ce syndrome et en l'absence de signes de Phalen et de Tinel positifs, ainsi que de déficit de la force ou de la sensibilité, ils n'ont pas proposé de pratiquer une électro-neurographie ; la situation devrait être réévaluée si cette symptomatologie devait s'aggraver. Il ressort de ce qui précède que les Drs Q. _____ et K. _____ ont expliqué les douleurs de la recourante, retenues comme incapacitantes, par une fibromyalgie accompagnée d'un état dépressif, et non par une éventuelle atteinte somatique, telle que la discopathie L5-S1 avec hernie médiane et paramédiane gauche révélée par IRM lombaire d'octobre 1994. C'est donc à juste titre, dès lors que la rente a été accordée sur la base de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, que l'intimé s'est posé la question d'une révision de la rente selon les dispositions finales de la 6^e révision de l'AI. d/aa) A titre préliminaire, il convient de relever que les circonstances du cas particulier ne tombent pas sous le coup des motifs d'exclusion prévus à l'al. 4 de la let. a des dispositions finales de la 6^e révision de l'AI. En effet, lors de l'ouverture de la procédure de révision, en décembre 2012, la recourante, née le [...] 1959, n'avait pas atteint l'âge de 55 ans et n'était pas au bénéfice de la rente depuis plus de quinze ans (ATF 139 V 442 et 140 V 15). C'est donc à bon droit que l'intimé a procédé au réexamen du droit à la rente de la recourante. bb) Afin d'examiner si les conditions posées par le Tribunal fédéral pour procéder à la révision de la rente litigieuse (cf. consid. 7b supra) étaient réunies, l'intimé a mis en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire auprès du Z. _____. Dans leur rapport d'expertise du 13 juin 2014, les Drs T. _____, X. _____ et L. _____ n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant, ne mentionnant que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de fibromyalgie dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 1998, de dysthymie, de céphalées de tension et de syndrome du compartiment antérieur des deux genoux depuis 2012. Il y a tout d'abord lieu de constater que le diagnostic de fibromyalgie dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant a été retenu compte tenu d'un tableau clinique de douleurs multiples atypiques en l'absence de tout symptôme déficitaire. L'examen du rachis était en effet grevé de nombreux signes de non organicité (Waddell et Hoover), et tous les trigger points de Yunus évoquaient le diagnostic de fibromyalgie. Les experts ont par ailleurs fait référence aux investigations effectuées antérieurement et qui auraient montré une hernie discale paramédiane droite L5-S1 partiellement luxée et un canal lombaire étroit en L3-L4 et L4-L5, censés être visibles sur un document datant du 3 février 1994 qu'ils n'ont cependant pas eu à disposition. Ils ont toutefois indiqué que les documents d'imagerie qu'ils ont eus à disposition ne montraient pas d'image de lésion anatomique, ni de condition d'allure inflammatoire susceptibles d'expliquer les plaintes importantes que la recourante formulait, et que les clichés de contrôle des régions lombaires

et cervicales étaient normaux pour l'âge du sujet et ne révélaient aucune aggravation après presque vingt ans d'évolution. Sur ce dernier point, le Dr J. _____ n'a en effet fait état que de discrets troubles dégénératifs (cf. rapport du 21 mars 2014). Les douleurs exprimées par la recourante n'ont ainsi pas pu être médicalement objectivées. En particulier, les médecins n'ont pas constaté d'hernie discale paramédiane droite L5-S1 partiellement luxée ou de canal lombaire étroit en L3-L4 et L4-L5, raison pour laquelle ces diagnostics n'ont pas été retenus. Cela étant, le trouble somatoforme douloureux n'est pas mentionné dans les diagnostics avec effet sur la capacité de travail. Dans leur rapport, les experts ont toutefois relevé un syndrome douloureux chronique sans explication médicalement objectivable, en présence de signes d'amplification des symptômes. A cet égard et aux termes du status rhumatologique, l'expert concerné a constaté que, durant le déroulement de l'anamnèse, la recourante n'avait pas demandé à changer de position. En outre, pour l'examen clinique, elle s'était déshabillée seule, debout, sans recherche d'une stratégie antalgique particulière. Les mobilisations actives avaient été exécutées correctement et, lors des mobilisations passives articulaires, l'intéressée n'avait manifesté que rarement des douleurs par des grimaces, défenses ou esquives. Sur le plan rhumatologique, l'expert a constaté que la recourante n'avait pas de perte significative de la force de préhension. Sur le plan psychique, les experts ont décrit l'intéressée comme faisant plus jeune que son âge – bien qu'en apparence d'un état général diminué – et se déplaçant avec lenteur et difficulté. Ils ont ajouté ne pas relever de signes en faveur d'une élévation pathologique de l'humeur, de troubles de la personnalité ou d'autres troubles, que ce soit notamment dans un registre anxieux ou psychotique. Ils ont estimé que l'anamnèse et l'observation n'étaient pas totalement congruentes, en ce sens qu'il n'y avait notamment pas les troubles cognitifs allégués, que l'hygiène était préservée et l'habillement correct et que la tristesse n'apparaissait pas très envahissante et importante. Ces éléments parlaient contre un trouble dépressif grave. Cette appréciation était par ailleurs confirmée par le fait qu'il n'y avait pas de suivi psychiatrique et que le médecin généraliste était visité mensuellement, voire moins, ce qui était peu s'il s'agissait d'un trouble de l'humeur sévère. On retrouvait en outre les troubles habituels associés à la fibromyalgie, à savoir des céphalées, une fatigue et divers troubles fonctionnels, notamment une colopathie. Pour ces raisons, les médecins ont conclu au fait que la symptomatologie dépressive était légère au moment de l'examen et qu'elle semblait être fluctuante dans le temps, mais jamais vraiment sévère, ceci depuis 1998. Ils ont dès lors posé le diagnostic de dysthymie. Ainsi, concernant la fibromyalgie entrant dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux, une comorbidité psychiatrique légère a été retenue. Les experts ont relevé que, par ailleurs, il n'y avait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas d'état psychique cristallisé et pas d'échec des traitements ambulatoires. Enfin, contrairement aux déclarations de la recourante, le contexte social était relativement bien conservé. L'intéressée avait en effet indiqué conserver des contacts réguliers avec une autre femme qui vivait dans le même immeuble, ainsi qu'avec les différents membres de sa famille. Une dépendance à l'égard de ses filles et de son mari pour les courses et les activités les plus lourdes physiquement avait été relevée – qualifiée d'habituelle dans le cadre de troubles somatoformes par les médecins –, faisant par-là ressortir le soutien dont elle bénéficiait dans son réseau social. Force est de constater que, en sus des éléments pertinents de l'anamnèse de la recourante et d'une analyse minutieuse des pièces du dossier, les experts ont fait part de leurs conclusions non sans procéder à une discussion étayée du cas d'espèce après avoir examiné cliniquement l'intéressée et pris en compte ses plaintes. En particulier, les experts ont clairement exposé les motifs conduisant

à retenir que l'état dépressif n'était que léger. On ajoutera que l'analyse opérée par les experts est en outre en accord avec la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de syndrome douloureux somatoforme (cf. consid. 6c supra). De fait, l'importance des plaintes de la recourante, et partant de son trouble somatoforme douloureux, ne concorde pas avec les constatations objectives des experts, ce qui amène à retenir un phénomène d'exagération des symptômes. En outre, l'application de la grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail établie par le Tribunal fédéral plaide en défaveur d'une incapacité de travail. A ce sujet et en particulier, il ressort notamment de l'expertise que la comorbidité est légère – en ce sens que le trouble fibromyalgique n'est pas associé à une psychopathologie incapacitante –, que le suivi médical est négligé par la recourante et que le contexte social est relativement conservé, permettant ainsi de relativiser la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie de l'intéressée. Compte tenu de ce qui précède, on retiendra que le rapport d'expertise du 13 juin 2014 des Drs T. _____, X. _____ et L. _____ remplit tous les critères requis par la jurisprudence fédérale pour se voir accorder pleine valeur probante. Il y a donc lieu de se rallier à leurs conclusions selon lesquelles la recourante dispose d'une capacité de travail totale, au demeurant confirmée par le Dr C. _____ (cf. rapport du 25 juin 2014). cc) Le rapport des Dresses E. _____ et P. _____ du 24 novembre 2016, produit en procédure de recours, n'est pas de nature à remettre en question les conclusions de cette expertise. Tout d'abord, le fait que la recourante ait désormais un suivi médical plus soutenu ne remet pas en cause la constatation selon laquelle elle a négligé son suivi médical. En effet, le suivi de psychothérapie a débuté en été 2015, soit postérieurement au rapport d'expertise du 13 juin 2014 au sein duquel cette négligence avait été relevée. Le comportement de la recourante a ainsi été influencé par la procédure en matière d'assurance en cours (cf. consid. 6c/cc supra). Ensuite, force est de constater que les Dresses E. _____ et P. _____ ne disposent pas du titre de spécialiste en psychiatrie. Ainsi, même si ces médecins travaillent au sein d'un service psychiatrique, les diagnostics posés sont sujets à caution dès lors que, conformément à la jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6 ; TF 9C_80/2011 du 17 octobre 2011). On relèvera en outre que ces médecins ne sauraient se prévaloir d'un suivi régulier de la recourante. Il ressort en effet du rapport du 24 novembre 2016 que la Dresse P. _____ n'avait vu qu'une seule fois l'intéressée au moment de la rédaction dudit rapport, soit le 1^{er} novembre 2016, aucun suivi effectué par le Dresse E. _____ n'y étant évoqué par ailleurs. A toutes fins utiles, il est constaté que le suivi psychothérapeutique débuté en été 2015 est opéré par « Mme [...] », qui n'est pas médecin. Cela étant et en ce qui concerne la teneur du rapport du 24 novembre 2016, on relève que les Dresses E. _____ et P. _____ ont notamment rapporté les plaintes de la recourante, au sujet desquelles il a cependant été retenu ci-dessus un phénomène d'exagération des symptômes (cf. consid. 8d/bb supra). A cet égard, on ne décèle pas, dans le rapport, une confrontation entre ces plaintes et des constatations objectives effectuées par les médecins, contrairement à ce qui a été fait par les experts. Au demeurant et quoi qu'il en soit, le tableau clinique ressortant du rapport du 24 novembre 2016 n'apparaît pas plus grave que celui décrit par les experts et ne fait dès lors pas ressortir une péjoration de l'état de santé de la recourante. Le fait qu'un épisode dépressif moyen ait été relevé dans ledit rapport n'est pas de nature à contredire l'expertise ; les experts ont en effet relevé le caractère fluctuant dans le temps de la symptomatologie dépressive et ont uniquement exclu

l'existence d'épisodes de degré sévère. On relèvera d'ailleurs qu'un épisode dépressif moyen avait déjà été retenu par le Dr G._____ dans son rapport du 15 janvier 2013, dont les experts ont eu connaissance. Aucun élément objectif ne vient dès lors invalider le raisonnement des experts et, partant, le diagnostic de dysthymie, lequel ne saurait justifier une incapacité de travail. Concernant le diagnostic de trouble de la personnalité à traits dépendants, il est constaté que les Dresses E._____ et P._____ ne se prononcent pas sur une incapacité de travail qui en découlerait. Enfin, il y a lieu de rappeler que, conformément à la jurisprudence (cf. consid. 5 supra) et contrairement à ce que semble soutenir la recourante, il n'appartenait pas à l'intimé de démontrer pour quelles raisons le rapport des Dresses E._____ et P._____ du 24 novembre 2016 n'était pas pertinent, mais bien à l'intéressée d'apporter des éléments objectifs et médicalement attestés qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts. Or, le rapport du 24 novembre 2016 ne fournit aucun indice d'une aggravation notable et durable de l'état de santé de la recourante depuis le rapport d'expertise du 13 juin 2014. dd) Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la situation médicale de la recourante a été établie à satisfaction et de manière convaincante par les experts, ne laissant pas subsister de doutes, ce que n'ont fait que confirmer les deux avis médicaux du Dr C._____ des 25 juin 2014 et 6 janvier 2017. L'intimé était par conséquent légitimé à rendre la décision litigieuse sans plus amples mesures d'instruction (sur l'appréciation anticipée des preuves ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid 4.1). Les griefs de la recourante tirés d'une instruction incomplète et d'une violation de son droit d'être entendu doivent ainsi être rejetés. e) Il est constant que la rente d'invalidité de la recourante lui a été octroyée par décisions du 25 août 2000 en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (cf. consid. 8c supra) et qu'aux termes de l'expertise probante des Drs T._____, X._____ et L._____, ce diagnostic subsiste (cf. consid. 8d supra). L'application de la nouvelle jurisprudence applicable en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (cf. consid. 6c supra) ne permet cependant pas de retenir que la fibromyalgie de la recourante présenterait un caractère invalidant (cf. consid. 8d supra). Au surplus, aucune atteinte à la santé, médicalement objectivée ou non, susceptible de justifier une incapacité de travail chez l'intéressée, ne ressort du rapport d'expertise du 13 juin 2014 (cf. consid. 8d supra). En définitive, compte tenu de ce qui précède et en application de l'al. 1 de la let. a des dispositions finales entrées en vigueur le 1 er janvier 2012 dans le cadre de la 6 e révision de la LAI (modification du 18 mars 2011) et de la jurisprudence fédérale y relative (cf. consid. 7b supra), l'intimé était légitimé à réviser la rente d'invalidité de la recourante par la décision litigieuse, en la supprimant.

E. 9

a) Au vu de ce qui précède, les conclusions de la recourante sont mal fondées et c'est à juste titre que l'intimé a supprimé sa rente d'invalidité. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. En outre, la requête d'effet suspensif est sans objet, compte tenu du présent arrêt sur le fond. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice

sont arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 ; 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1, 91 et 99 LPA-VD), pas plus que l'intimé en sa qualité d'assureur social (ATF 127 V 205). La recourante bénéficie par ailleurs, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Vanessa Egli (art. 118 al. 1 let. c CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD). La liste des opérations de cette dernière a été adressée à la Cour de céans le 3 avril 2017 et totalise 8 heures 45. Vérifiée d'office, cette liste doit être approuvée. L'indemnité d'office sera dès lors fixée à 1'757 fr. 05 (débours par 51 fr. 90 et TVA par 130 fr. 15 compris). La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser, dès qu'elle est en mesure de le faire, les frais de justice et l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat (art. 123 al. 1 CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

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