

VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 844 vom 19. Dezember 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__844

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 844 du 19 décembre 2022

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 844 del 19 dicembre 2022

Regeste

ADMISSION DE LA DEMANDE, RENTE D'INVALIDITÉ, MOTIF DE RÉVISION, RÉVISION{DÉCISION}, RAPPORT MÉDICAL, FORCE PROBANTE, APPRÉCIATION DES PREUVES | 4 al. 1 LAI, 29 al. 1 LPGA, 53 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 19

décembre 2022 _____ Composition : M. Neu , président M. Reinberg et Mme Pelletier, assesseurs Greffière : Mme Guardia ***** Cause pendante entre : V. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7, 8 al. 1, 29 al. 1, 53 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1 LAI E n f a i t : A. a) V. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé en qualité d'employée dans un hôtel. Le 14 mai 2008, l'assurée a subi une laparotomie exploratrice et une annexectomie droite par incision de Pfannenstiel (cf. protocole opératoire du 19 mai 2008 ; rapport du 22 mai 2008 du Dr T. _____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, médecin-chef auprès du [...]). Quelques semaines après cette intervention, l'assurée a présenté une douleur pariétale abdominale basse sur le côté droit, subcicatricielle, intense, avec une somatisation importante (cf. rapports du 29 décembre 2008 et du 27 avril 2009 du Dr [...], spécialiste en anesthésiologie, médecin-chef auprès du [...]; du 16 décembre 2008 du Dr T. _____). Dans ce contexte, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 9 mars 2009. Procédant à l'instruction du dossier, l'OAI a obtenu plusieurs rapports médicaux attestant des importantes douleurs dont se plaignait l'assurée, des investigations menées dans ce cadre ainsi que des tentatives de traitement effectuées (rapports du 27 novembre 2008 et du 3 avril 2009 du Dr R. _____, médecin-traitant de l'assurée ; des 24 octobre 2008 et 14 décembre 2009 du Dr [...], spécialiste en neurologie ; des 26 novembre 2008 et 23 janvier 2009 de la Dre N. _____, spécialiste en anesthésiologie ; du 28 octobre 2009 du Dr [...], spécialiste en neurochirurgie ; du 11 janvier 2010 du Dr [...], spécialiste en chirurgie ; du 27 décembre 2010 du Dr [...], spécialiste en chirurgie ; du 14 février 2011 du Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale). Le 14 avril 2010, l'assurée a subi une révision chirurgicale à l'occasion de laquelle il a été procédé à la libération et à l'enfouissement dans la musculature de petites branches du nerf fémoral sectionnées ainsi qu'à une lyse des adhérences des cicatrices cutanéopariétales (rapport des 27 mai et 9 septembre 2010 du Dr M. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique). Après une disparition des douleurs pendant au moins trois semaines, celles-ci sont progressivement

réapparues (rapport du 9 septembre 2010 du Dr M. _____). Dans un rapport du 7 octobre 2010, la Dre Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics invalidants de personnalité à traits phobo-obsessionnels et de syndrome dépressif sévère. Dans un deuxième rapport du 26 mai 2011, la Dre Z. _____ a posé le diagnostic invalidant de syndrome dépressif sévère accompagné d'une névrose hystérique. Elle a précisé que l'assurée présentait un épuisement psycho-affectif à la suite d'un état dépressif sévère et de la non-compréhension, par différents intervenants, de ses problématiques de santé. La psychiatre a retenu que l'assurée ne disposait d'aucune capacité de travail. L'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire dont il a confié la réalisation au Centre W. _____. Aux termes de leur rapport du 19 janvier 2012, les Drs J. _____, spécialiste en rhumatologie, et G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics non incapacitants de syndrome douloureux somatoforme persistant existant depuis 2008 et d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique. Ils ont estimé que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle, sans diminution de rendement et qu'elle ne présentait aucune limitation fonctionnelle. Dans un avis du 8 mai 2012, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a fait siennes les conclusions posées par les experts du Centre W. _____. Par projet de décision du 24 mai 2012, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Dans un envoi du 22 juin 2012, l'assurée a adressé à l'OAI ses objections au projet susmentionné qu'elle a complétées le 8 janvier 2013. A cette occasion, elle a notamment produit un rapport du 19 juillet 2012 de sa psychiatre traitante dont on extrait ce qui suit (sic) : « Je suis d'abord frappée de constater dès le début de la lecture de l'expertise qu'on parle d'un suivi médical psychiatrique chez moi en 2006 et 2007 et que je lui avais donné un traitement de Lexotanil. Or, à cette époque, je ne la connaissais pas, étant donné que je l'ai vue à ma consultation pour la première fois le 23.02.2009. [...] [...] dans mon rapport établi en 2010, [...] je parle déjà d'un grave problème de la personnalité où je me permets, plus tard, de donner l'hypothèse d'une personnalité histrionique, c'est-à-dire présentant des crises d'hystérie : une collègue, dans son expertise pluridisciplinaire, dit qu'actuellement, on ne parle plus de ce genre de diagnostic. Alors on peut rester sur mon impression de personnalité phobo-obsessionnelle, où plus exactement de troubles de la personnalité de type border-line grave, si on ne prend pas en considération la clinique qui est bien présente, soit histrionique puisqu'on veut la nommer différemment. En tout cas, elle est reconnue et elle est présente [...]. Après son traitement antidépresseur, on constate un état dépressif sévère qu'on rencontre dans le rapport, le psychiatre parle, à la fin, que le syndrome dépressif sévère provient de plusieurs origines. D'ailleurs, on parle étonnamment de 10 à 12 points typique pour un diagnostic de fibromyalgie et dont on ne parle plus par la suite. L'expert dit également que sur le plan psychique, madame V. _____ ne présente aucun problème et qu'on peut la considérer comme capable de travailler à 100 %. Cette patiente n'a pas voulu me parler des troubles et de la gravité de l'état de santé de sa fille (qui a fait des études en psychologie et qui travaille dans l'industrie) et qui serait atteinte d'une sclérose en plaques avec une évolution négative. Je l'ai appris seulement lors de l'avant dernière séance avec la patiente qui s'est écroulée en pleurant, en me disant qu'elle ne voulait pas me parler de cet événement, parce qu'elle trouvait qu'elle venait pour elle et pas pour la famille. A mon avis, cette expertise pluridisciplinaire est très superficielle sur le plan psychiatrique et je trouve qu'elle n'est pas suffisamment approfondie ». Consulté sur le contenu des pièces médicales produites par

l'assurée, le Dr F. _____ a indiqué, dans un avis du 19 avril 2013, que celles-ci n'apportaient aucun élément nouveau et que les plaintes rapportées, notamment sur le plan psychique, avaient été prises en considération par les experts du Centre W. _____. Par décision du 25 juin 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assurée. Se fondant sur l'avis exprimé par les experts du Centre W. _____, il a considéré que l'assurée souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi que d'un épisode dépressif léger sans syndrome somatique, qu'elle ne présentait aucune limitation fonctionnelle et qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail durant toute la période examinée, à l'exclusion des périodes opératoires et postopératoires. b) Par envoi daté du 15 mars 2018, l'assurée s'est adressée à l'OAI en demandant que son dossier soit réouvert en raison d'une aggravation de son état de santé. Elle a adressé un formulaire de demande le 31 mai 2018, invoquant une aggravation de ses douleurs ainsi qu'un trouble de stress post-traumatique. Dans un avis du 10 octobre 2018, la Dre Z. _____ a indiqué avoir revu l'assurée le 9 août puis le 25 septembre 2018 en raison d'un trouble dépressif récurrent moyen à sévère avec symptôme somatique. L'intéressée présentait le tableau d'un état dépressif sur le plan clinique avec des troubles de l'humeur, de l'insomnie, un fort amaigrissement, des troubles de la mémoire, des crises de larmes, une asthénie physique et psychique, de la fatigue, des idées suicidaires et des difficultés par rapport à son environnement personnel. La spécialiste a relevé que l'intéressée présentait des phases dépressives graves, en lien avec une précarisation de la situation financière de son couple à la suite de la retraite de son mari. Elle a ajouté considérer que l'assurée se trouvait en incapacité de travail totale. Le 22 octobre 2018, la Dre L. _____, nouvelle médecin-traitante de l'assurée, a posé les diagnostics de dépression récurrente modérée à sévère, de troubles anxieux modérés et de syndrome douloureux chronique. Elle a relevé une aggravation nette de la dépression de l'intéressée, avec insomnie, anhédonie et anorexie. Elle a précisé considérer que l'état de sa patiente s'était aggravé en 2018 et qu'une expertise psychiatrique était absolument nécessaire. La médecin a produit plusieurs pièces médicales, soit notamment : - un rapport du 26 janvier 2018 du Dr Q. _____, spécialiste en neurologie, indiquant ne pas avoir trouvé d'explication claire aux plaintes douloureuses formulées par l'assurée, tout en relevant avoir constaté une hypoesthésie tactile et douloureuse abdominale et inférieure droite ; - un rapport rendant compte d'un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et d'angio-IRM cérébrale et pré-cérébrale réalisé le 21 février 2018 attestant de quelques foyers hyperintenses millimétriques aspécifiques de la substance blanche sous-corticale frontale et occipitale des deux côtés ; - un rapport du 12 octobre 2018 de la Dre N. _____ constatant une nette péjoration des douleurs chroniques et de l'état général et expliquant que des examens de laboratoire démontraient notamment un état inflammatoire chronique. Dans un rapport du 19 mars 2019, la Dre L. _____ a précisé que l'assurée présentait un épisode dépressif sévère développé dans le cadre de douleurs importantes et persistantes avec deux tableaux cliniques douloureux : des douleurs abdominales ainsi que des douleurs de type céphalées avec des nausées. Elle a produit un rapport du 9 août 2018 du Dr B. _____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, relevant la kinésiophobie avérée de l'assurée ainsi que les scores très élevés pour la dépression, l'anxiété et le stress. Dans un rapport du 12 avril 2019, la Dre Z. _____ a confirmé son diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen à sévère avec symptôme somatique. Elle a relevé que l'état de sa patiente n'avait fait que s'aggraver et a constaté un état dépressif sévère avec de graves troubles de l'humeur, des céphalées, des crises de larmes, des douleurs intenses dans tout le

corps, renforcées par l'état psychique et physique, l'intéressée présentant des insomnies et des idées suicidaires. La psychiatre a constaté un ralentissement de l'idéation, une humeur triste, une dysthymie, des changements d'humeur, un ralentissement dans les mouvements, une symptomatologie douloureuse généralisée, une apathie ainsi que des difficultés physiques assez importantes. Le 18 mai 2020, la spécialiste a expliqué que, depuis son dernier rapport, la situation de l'assurée s'était encore aggravée et a précisé qu'elle disposait peut-être d'une capacité de travail de 20 % dans une activité adaptée. Le 7 juillet 2020, la Dre Z._____ a confirmé son diagnostic. Par avis du 22 juillet 2020, le Dr X._____, du SMR, a considéré que l'assurée n'avait pas apporté la preuve d'une aggravation de son état de santé, tant sur le plan somatique que psychique, et que les différents éléments fournis par sa psychiatre traitante constituaient une appréciation différente d'un même état de fait. Par projet de décision du 5 octobre 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations. Par acte du 19 octobre 2020, l'assurée, représentée par Me Jean-Michel Duc, s'est opposée à ce projet. Elle a complété sa contestation le 4 novembre 2020 et a déposé une requête en révision procédurale à l'encontre de la décision du 25 juin 2013. Elle a expliqué que la présence de foyers hyperintenses de la substance blanche sous-corticale frontale pariétale et occipitale des deux côtés telle que décrite par les examens d'imagerie du 21 février 2018 permettait d'expliquer la symptomatologie. Cet élément nouveau justifiait selon elle qu'il soit procédé à la révision procédurale de la précédente décision de l'OAI. Dans un avis du 27 novembre 2020, le Dr X._____ a estimé que les examens d'imagerie du

E. 21

février 2018 n'étaient pas suffisants à établir l'existence d'une atteinte pathologique, en particulier dans la mesure où le rapport du Dr Q._____ attestait d'un examen normal. Il a retenu que le rapport de la Dre N._____ était quant à lui insuffisamment motivé pour permettre de retenir l'existence d'une atteinte invalidante. Il a ainsi considéré que les motifs d'une révision ou d'une révision procédurale n'étaient pas réalisés. Par décision du 4 mars 2021, l'OAI a rejeté la demande de révision ainsi que la nouvelle demande de prestations déposées par l'assurée. Il a retenu que, sur le plan somatique et psychiatrique, l'assurée n'était pas parvenue à démontrer que son état de santé se serait péjoré. Il a ainsi considéré que les rapports médicaux produits n'attestaient pas de l'existence d'un trouble organique et que, sur le plan psychiatrique, les renseignements produits n'étaient que peu informatifs et insuffisants à attester d'une dépression de gravité moyenne. B. Par acte du 17 mars 2021, V._____, représentée par Me Jean-Michel Duc, a recouru à l'encontre de la décision du 4 mars 2021 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a pris les conclusions suivantes : « I. Le recours est admis ; II. Principalement , la décision du 4 mars 2021 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la révision procédurale de la décision du

E. 25

juin 2013 est admise et que l'intimé est condamné à allouer à Madame V._____ une rente d'invalidité entière dès le 1 er septembre 2009 ; III. Subsidiairement , la décision du 4 mars 2021 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que l'intimé est condamné à allouer à Madame V._____ une rente d'invalidité entière dès le 1 er octobre 2018 : IV. Plus subsidiairement , la décision du 4 mars 2021 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à l'Office AI pour complément d'instruction ; V. Le tout, avec suite de frais et dépens ». Par

réponse du 6 mai 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours. Par réplique du 30 septembre 2021, V._____ a confirmé ses moyens et conclusions. Elle a produit un rapport du 10 septembre 2021 du Prof. P._____, spécialiste en anesthésiologie, dont le contenu est le suivant (sic) : « Madame V._____ me consulte pour des douleurs abdominales basses situées à D qui ont débuté 3 à 4 semaines après une ovariectomie par incision Pfannenstiel en 2008. Les douleurs qui sont apparues après cette opération sont encore présentes de façon quasi inchangées à ce jour. La patiente a fait de très nombreuses consultations médicales dont une auprès du Dr K._____ (mai 2009) qui a été le seul à proposer un diagnostic à l'origine de ses douleurs. [...] Les douleurs qu'elle présente ce jour n'avaient jamais été ressenties avant l'intervention chirurgicale. Les caractéristiques sont composées d'une hypersensibilité cutanée dans la région de la cicatrice à D en association avec une sensation de brûlure. [...] Elle a d'abord été vue dans le service d'antalgie de [...] où elle a été suivie pendant 2 ans avec différentes thérapies telles que : ergothérapie, acupuncture, ainsi que des injections répétées de corticoïdes. Aucun diagnostic n'a été établi. En 2010, elle a subi une révision microchirurgicale par le Professeur M._____ qui n'a pas réduit les douleurs. Selon le rapport du Professeur M._____, des branches du nerf génito-fémoral sectionnées ont été trouvées. Elles ont été libérées et enfouies dans la musculature sous-jacente. Le Professeur M._____ a également effectué une lyse des adhérences cicatricielles. Malgré une amélioration initiale, les douleurs pré-interventionnelles sont revenues comme auparavant. Ceci est clairement à mettre sur le compte d'une révision microchirurgicale incomplète (voir ci-dessous). Une coloscopie a ensuite été réalisée et a montré des adhérences intra abdominales qui sont suspectées comme étant à l'origine de ses douleurs. Une laparoscopie pour adénolyse en 2011 a provoqué des lésions iatrogènes au niveau de la vessie et de l'intestin grêle qui ont nécessité une 2^{ème} intervention qui a débuté par une endoscopie et qui s'est terminée par une laparotomie compliquée par une septicémie. Ces interventions ont été réalisées sur une période d'une semaine. La patiente a passé 2 semaines à l'Hôpital, partiellement aux SI. Elle a quitté l'hôpital avec un cathéter à demeure 10 jours plus tard. Les douleurs connues après l'opération de 2008 se sont péjorées après les interventions de 2011 avec des douleurs qui ont précédemment irradié dans le territoire de la branche crurale du nerf génito-crural et qui se sont étendues le long de la partie antérieure du tibia, jusqu'aux 2^{ème} et 3^{ème} doigts du pied. Cette douleur est décrite en étau et la patiente relève une perte de sensibilité dans une partie de ce territoire. Une autre composante s'est encore rajoutée du côté G, dans la partie abdominale basse, sans irradiation vers la cuisse. Cette douleur est également décrite comme brûlante. La patiente a été vue par de nombreux neurologues et antalgistes. Un seul rapport fait mention d'une hypoesthésie tactile et douloureuse abdominale inférieure D (Dr Q._____, 26.01.2018). Dans son appréciation du cas, ce neurologue trouve que le bilan n'apporte pas d'appréciation claire aux plaintes de la patiente (SIC !!). Le seul médecin qui a pu produire une proposition thérapeutique est le Dr B._____ du service d'antalgie de la [...]. Il a proposé un test de stimulation médullaire que la patiente a refusé en craignant de développer d'autres complications. La seule médication qui s'est avérée efficace pour réduire les douleurs est la prise de Lyrica mais cette substance a provoqué des effets secondaires importants, raison de son arrêt. La seule expertise médicale demandée par l'AI du canton de Vaud (19.01.2012) est passée complètement à côté d'un diagnostic organique. Les experts retiennent un symptôme douloureux somatoforme persistant en 1^{er} lieu. En 2^{ème} lieu, ils ne retiennent qu'une dépression légère, sans symptôme somatique. Malgré la présence de ces diagnostics dans la classification internationale des maladies, il faut

comprendre que l'utilisation de ces diagnostics signifie que les experts n'ont aucune idée sur l'origine des douleurs de Madame V. _____ et qu'ils veulent suggérer que les douleurs ont une cause purement psychologique. Notre examen clinique démontre une hypoesthésie associée avec une dysesthésie et une allodynie dans le territoire des nerfs sous costaux, ilio-hypogastriques et génito-cruraux à D, et, ilio hypogastrique à G. L'hypoesthésie est présente pour les 4 qualités testées (froid, chaud, toucher, piqués – voir photo ci-dessous). [photographie] Nous avons ensuite pratiqué un test pharmacologique à la lidocaïne, test hautement spécifique en présence de douleurs d'origine neurologique. Lors de la perfusion de cette substance au niveau plasmique nécessaire pour que le test soit valide, on observe une disparition très rapide de toutes les douleurs ainsi que de la dysesthésie et de l'allodynie. Suite à l'arrêt de la perfusion, les douleurs sont revenues progressivement. Ceci est compatible à ce à quoi on s'attend avec un test positif. On peut ainsi conclure que des lésions neurologiques iatrogènes sont à l'origine des douleurs de Madame V. _____ suite à son intervention chirurgicale de 2008. [diagramme] Synthèse L'incision effectuée lors de l'ovariectomie en 2008 de type Pfannenstiel est connue pour provoquer des lésions nerveuses touchant les nerfs dans la région inguinale. Ce type d'incision est aujourd'hui pratiqué surtout pour des césariennes et la très grande majorité des médecins qui ont ausculté Madame V. _____ n'ont certainement pas vu ce type de complications dans leur pratique, car l'opération qu'elle a subi se fait depuis de nombreuses années sous laparoscopie avec d'autres types de complications. Les éléments qui parlent pour une complication neurologique sont : 1. L'intervalle de 3 à 4 semaines entre l'opération et l'émergence des douleurs 2. un status neurologique avec une hypoesthésie/dysesthésie/allodynie dans les territoires anatomiques des 3 nerfs endommagés à D et du nerf endommagé du côté G 3. La bonne réponse au Lyrica 4. La disparition de toutes les douleurs pendant la perfusion iv de lidocaïne Sur le plan thérapeutique, 3 alternatives sont possibles : 1. D'abord, la prise de la Mexilétine, un anti arythmique de classe IV comme la lidocaïne, malheureusement plus disponible dans la pharmacopée Suisse et, pour cette raison, pas formellement remboursé 2. Une révision microchirurgicale effectuée au niveau de l'ensemble des nerfs touchés 3. Une stimulation médullaire ou radiculaire avec couverture du nerf sous costal (D12) et des racines L1 à L3 qui sont à l'origine des autres nerfs lésés Pronostic Madame V. _____ souffre de lésions nerveuses périphériques iatrogènes malheureusement ignorées dans son ensemble dans la phase initiale ainsi que par les experts de l'AI, probablement en raison de leur incompetence en la matière. Le pronostic est mauvais avec des douleurs qui vont perdurer à vie si aucune proposition thérapeutique n'arrive à diminuer ses douleurs, situées actuellement à un niveau de 8-10/10. Capacité de travail Je considère cette patiente à 100% d'incapacité de travail. Une éventuelle reprise professionnelle après 12 ans d'absence serait uniquement possible si une thérapie arrivait à réduire ses douleurs d'au moins 50%, situation qui n'est pas irréaliste ». Par duplique du 21 octobre 2021, l'OAI a maintenu sa position. Il a produit un avis du SMR rédigé le 13 octobre 2021 par le Dr X. _____ aux termes duquel ce médecin a considéré que les douleurs dénoncées par le Dr P. _____ étaient constantes depuis 2011 et qu'elles avaient été prises en compte par les experts du Centre W. _____. V. _____ s'est à nouveau déterminée par acte du 15 novembre 2021. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent

directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le présent litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si les pièces qu'elle a produites depuis le 1^{er} juin 2018 justifient que la décision du 25 juin 2013 soit révisée, subsidiairement attestent d'une aggravation de son état de santé depuis cette date de nature à justifier l'octroi d'une rente. 3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 4 mars 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 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, 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. 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 invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). 5. Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si la personne assurée ou l'assureur découvre

subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA). L'assureur peut également revenir sur de telles décisions, indépendamment des conditions mentionnées ci-avant, lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération ; art. 53 al. 2 LPGA). Les mêmes conditions s'appliquent pour le réexamen d'une décision rendue en procédure simplifiée (art. 51 LPGA) qui n'a pas été contestée dans un délai raisonnable (ATF 143 V 105 consid. 2.1 ; 138 V 324 consid. 3 ; 134 V 145 consid. 5.3.1 ; 129 V 110). La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110). Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où des allégations de faits étaient encore recevables dans la procédure principale, mais qui n'étaient pas connus de la partie requérante malgré toute diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment de la partie requérante. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 144 V 245 consid. 5.1s. ; 143 V 105 consid. 2.3). Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 353 consid. 5b). 6. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. 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 modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 7. 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). 8.

a) En l'espèce, il ressort des différentes pièces au dossier que la recourante souffre d'atteintes à la santé sur le plan physique et psychique. La recourante estime que les douleurs dont elle se plaint trouvent leur origine dans une atteinte organique invalidante et réclame que la décision du 25 juin 2013 de l'OAI soit révisée. Dans ce cadre, elle s'est d'abord prévalu des examens d'imagerie réalisés le 21 février 2018 ainsi que du rapport du 12 octobre 2018 de la Dre N. _____ qui contiendraient, selon elle, des indices sérieux attestant de l'origine organique de son atteinte à la santé physique (opposition des 19 octobre et 4 novembre 2020 ; recours du 17 mars 2021). Dans sa réplique du 30 septembre 2021, elle a invoqué le rapport du 10 septembre 2021 du Dr P. _____ qui conclut que les douleurs dont elle se plaint trouvent leur origine dans des lésions neurologiques iatrogènes. L'office intimé estime quant à lui que les conditions pour réviser sa décision précédente du 25 juin 2013 ne sont pas remplies et que, concernant une nouvelle demande de prestations, la recourante ne serait pas parvenue à attester d'une péjoration de son état de santé depuis la dernière décision. b) aa) Il est constant que la recourante souffre d'importantes douleurs apparues dans les suites de l'intervention qu'elle a subie le 14 mai 2008. Dans leur rapport d'expertise du 19 janvier 2012, les experts du Centre W. _____ ont retenu, en lien avec ces douleurs, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et ont estimé que la recourante disposait sur le plan physique d'une entière capacité de travail compte tenu de l'absence de substrat organique. Bien que l'origine neurologique de l'atteinte ait été parfois évoquée comme une possibilité par les différents spécialistes ayant traité la recourante (cf. rapport du 9 septembre 2010 du Dr M. _____ ; rapport du 26 janvier 2018 du Dr Q. _____), le Dr P. _____ est le premier spécialiste à poser un diagnostic organique clair en ce sens. Interpellé à cet égard, le Dr X. _____ a relevé que les explications du Dr P. _____ portaient sur des douleurs apparues en 2008 et aggravées en 2011 et dont les experts du Centre W. _____ avaient tenu compte. Il semble estimer que, dans cette mesure, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant cette question. Ce faisant, ce médecin – et avec lui l'office intimé qui a fait sienne son analyse – perd de vue que l'appréciation du Dr P. _____, si elle était suivie, attesterait non seulement de l'erreur diagnostique des experts mais permettrait d'admettre l'existence d'une atteinte à la santé invalidante existant dès 2008 dont les Drs J. _____ et G. _____ et, après eux, l'OAI n'ont pas tenu compte (cf. sur ce point TF 8C_687/2017 du 24 octobre 2018 consid. 4 et 5). bb) Dans son rapport du 10 septembre 2021, le Dr P. _____ a soigneusement détaillé comment il est parvenu à poser le diagnostic de lésions neurologiques iatrogènes. Il a ainsi premièrement constaté que son examen clinique attestait d'une hypoesthésie associée avec une dysesthésie et une allodynie dans le territoire des nerfs sous costaux, ilio-hypogastriques et génito-cruraux à droite et ilio-hypogastrique à

gauche. Le Dr P. _____ a ensuite observé l'effet du test pharmacologique à la lidocaïne sur les douleurs, la dysesthésie et l'allodynie. Il a expliqué que ce résultat attestait de la présence de lésions iatrogènes à l'origine des douleurs dénoncées par la recourante. Le Dr P. _____, qui avait retracé, dans les premiers passages de son rapport, l'historique médical de la recourante, a expliqué en quoi son appréciation s'avérait compatible avec les circonstances du cas. Il a ainsi relevé que l'ovariectomie de type Pfannenstiel pratiquée le 4 mai 2008 était connue pour provoquer des lésions nerveuses touchant les nerfs de la région inguinale. Le Dr P. _____ a exposé de façon convaincante pour quels motifs, selon lui, d'autres médecins intervenus auprès de la recourante n'avaient pas été en mesure de poser ce diagnostic. Il a relevé que ceux-ci n'avaient sans doute pas eu l'occasion d'observer des complications telles que celles décrites dans leur pratique dès lors qu'en principe, l'opération subie se fait sous laparoscopie. En définitive, le rapport du Dr P. _____ est circonstancié et étayé. Il tient compte de l'ensemble des éléments médicaux au dossier. Le diagnostic posé de manière convaincante par ce spécialiste permet d'expliquer l'entier de la symptomatologie décrite ainsi que les constats objectifs des médecins. cc) Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne repose quant à lui sur aucun constat objectif. Il a été posé antérieurement à la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle une telle atteinte doit faire l'objet d'une procédure probatoire structurée et être diagnostiquée selon les règles de l'art (ATF 141 V 251 spéc. consid. 2.1.2 et 2.2). Tel n'est pas le cas en l'espèce puisqu'à l'appui de leur diagnostic, les experts du Centre W. _____ ont simplement relevé : « Sur le plan rhumatologique on retiendra des douleurs lombaires et cervicales présentes depuis de nombreuses années, qui se sont exacerbées suite à un état douloureux chronique très mal vécu au niveau abdominal. Néanmoins, l'examen clinique du rachis et radiologique de la colonne lombaire ne montrent aucune altération notoire. Le rachis est souple dans toutes les directions et sans contracture musculaire. A l'examen clinique, on note également la présence de 10 points de fibromyalgie sur 18, ce qui évoque également un syndrome douloureux chronique surajouté à ce tableau clinique déjà complexe ». Les explications des Drs J. _____ et G. _____ ne sauraient dès lors être considérées comme suffisantes à permettre à l'autorité de se forger une opinion circonstanciée sur la situation de la recourante. dd) Pour toutes ces raisons, l'évaluation du Dr P. _____ doit emporter la conviction. c) Le rapport du 10 septembre 2021 du Dr P. _____ apporte une explication nouvelle à la situation de la recourante. Il constitue une preuve établissant un fait nouveau important – puisque attestant de l'incapacité de travail alléguée dès l'année 2008 – dont l'existence n'a été connue qu'à la date de sa production dans la présente procédure. L'analyse du Dr P. _____ repose en outre sur des examens qui n'avaient pas été réalisés jusque-là (cf. sur ce point, TF 8C_687/précité consid. 5). Elle constitue ainsi un élément médical nouveau venant démontrer l'inexactitude de la décision du 25 juin 2013 elle-même fondée sur une expertise médicale qui n'avait pas pris en compte la problématique neurologique à l'origine des douleurs. En conséquence, il convient de réviser la décision rendue le 25 juin 2013 par l'office intimé (cf. consid. 5 supra). d) aa) C'est ainsi à l'aune de la première demande, du 9 mars 2009, qu'il y a lieu d'apprécier les atteintes à la santé dont souffre la recourante ainsi que leur caractère invalidant. bb) Sur le plan physiologique, le Dr P. _____ a expliqué que l'atteinte constatée avait déployée ses effets invalidants trois semaines après l'ovariectomie du 14 mai 2008. Il rejoint ainsi l'appréciation exprimée par les médecins traitants somaticiens qui attestent d'une incapacité totale de travail depuis lors (cf. rapports de la Dre N. _____ du 23 janvier 2009 ; du Dr R. _____ des 15 septembre et

27 novembre 2008 et 29 juin 2009 ; du Dr M. _____ du 9 septembre 2010). Cette seule atteinte neurologique justifie qu'il soit reconnu que la recourante présente une entière incapacité de travail survenue dans les suites directes de son opération du 14 mai 2008. cc) Par surabondance, il y a lieu de relever que la recourante présente également depuis de nombreuses années une atteinte psychiatrique que sa psychiatre traitante, la Dre Z. _____, avait qualifiée à l'époque de sévère au point de retenir une incapacité de travail totale. Les rapports produits par ce médecin avant la décision du 25 mai 2013 mais également par la suite attestent des problématiques graves présentées par la recourante sur ce plan également. Confronté à ce qu'il a considéré comme une nouvelle demande, l'OAI, reprenant l'avis du Dr X. _____, a considéré que les derniers rapports médicaux de la psychiatre traitante n'étaient pas suffisamment informatifs pour établir l'existence d'une atteinte psychiatrique invalidante. A cet égard, il y a lieu de relever que, dans la mesure où l'office AI a décidé d'entrer en matière sur ce qu'il a considéré comme une nouvelle demande, la règle selon laquelle il appartiendrait à la personne assurée de démontrer une aggravation de son atteinte à la santé n'est plus applicable (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; cf. consid. 6 supra). Il appartenait donc à l'OAI, s'il estimait ne pas disposer des éléments nécessaires à se fonder une opinion sur les troubles invoqués, d'instruire cette question. Quoiqu'il en soit, les différentes pièces au dossier font ressortir une incertitude quant à l'importance de l'atteinte psychiatrique de la recourante, antérieurement à la décision du 25 juin 2013 déjà. En effet, comme l'a relevé la Dre Z. _____ dans son rapport du 19 juillet 2012, plusieurs problématiques psychiatriques n'avaient pas été traitées par les Drs J. _____ et G. _____, ce qui rendait l'expertise du Centre W. _____ insuffisante à permettre à l'OAI de porter un jugement valable sur l'état de santé psychiatrique de la recourante à l'époque. dd) Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante présentait une incapacité de travail entière depuis juin 2008 à tout le moins. En conclusion, celle-ci doit se voir reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2009 (art. 29 al. 1 LPGA). 9. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la tenue d'une audience publique. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2). 10. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée en ce qu'elle concerne une nouvelle demande de prestations et réformée en ce qu'elle porte sur une demande de révision, la décision du 25 juin 2013 étant réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2009. 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. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige. c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Ainsi, il convient d'arrêter l'indemnité de dépens à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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