

## VD\_GERICHTE ZD15.010437 vom 25. Juli 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-07-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD15.010437](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.010437)

FR: VD\_GERICHTE ZD15.010437 du 25 juillet 2016

IT: VD\_GERICHTE ZD15.010437 del 25 luglio 2016

### Erwägungen

#### E. 3

a) La recourante fait valoir que les documents produits dans le cadre de sa nouvelle demande attestent une péjoration de son état de santé à tout le moins depuis la précédente décision de refus de prestations du 12 mars 2012 en raison de l'ensemble de ses problèmes de santé et les limitations fonctionnelles qui en résultent. Elle se prévaut ainsi d'un changement important des circonstances sur les plans ophtalmique (dégénérescence maculaire liée à l'âge), rhumatologique (fracture non déplacée de la tête radiale du membre supérieur droit le 4 décembre 2013 et lombalgies sur volumineuse hernie discale L4-L5) ainsi que psychiatrique (état dépressif au long cours), aggravations propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente. Elle se plaint d'un défaut d'instruction de la part de l'intimé sur l'ensemble de ces plans et préconise la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire par le Tribunal. b) aa) Sous l'angle ophtalmique, le Dr Y.Y.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), entraînant un suivi de la recourante dès le mois d'octobre 2013 à sa consultation. Cet ophtalmologue a constaté une diminution de l'acuité visuelle à 0.4 à droite et 0.8 à gauche (cf. rapport du 8 septembre 2014 du Dr Y.Y.\_\_\_\_\_). Cette atteinte impliquait l'introduction d'un traitement par injections régulières (cf. au sujet de ce traitement le document « Information aux patients » remis à l'assurée par les médecins de l'Hôpital ophtalmique [...] à [...]). Il est certes concevable comme le retient le Dr K.\_\_\_\_\_ dans son avis SMR du 27 novembre 2014, que cette diminution de l'acuité visuelle

- 25 - n'entraîne pas d'incapacité de travail dans une activité sans exigence spécifique concernant la vue, telle que dans la profession habituelle d'aide de cuisine, de femme de ménage ou comme ménagère avec des enfants adultes. En ce sens, dans leur rapport de sortie du 30 avril 2013, les Drs R.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ ont classé l'affection de dégénérescence maculaire liée à l'âge diagnostiquée en tant que comorbidité (ou diagnostic secondaire). bb) Sur le plan rhumatologique, au moment de la décision de mars 2012, les experts du T.\_\_\_\_\_ n'ont pas retenu de diagnostics invalidants mais le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de spondylodiscarthrose prédominant aux niveaux cervical et lombaire sans signe radiculaire ni myélopathique (M 47.8). Ils relevaient la nécessité de ne pas surévaluer l'importance des atteintes dégénératives en regard de leur répercussion clinique effective dont il n'y avait pas d'évidence après plusieurs années d'observation (rapport du 21 mars 2011 des Drs I.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ du T.\_\_\_\_\_, p. 34). Depuis lors, à la suite d'une IRM de la colonne lombaire du 19 février 2013 effectuée par la Dresse O.\_\_\_\_\_, la recourante s'est vue diagnostiquer une « grosse hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droite comprimant l'émergence de L5 droite, avec des discopathies dégénératives à prédominance L5-S1 » (cf. rapport d'imagerie IRM du 20 février 2013 de la Dresse O.\_\_\_\_\_). Elle a été hospitalisée, du 4

au 28 mars 2013 aux [...], en raison de lombalgies subaiguës prédominant à droite, aggravées depuis janvier 2013, avec une discopathie sévère en L4- L5 et L5-S1 sur troubles dégénératifs présents depuis plus de dix ans (cf. rapport du 22 avril 2013 des Drs B. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_ ainsi que le rapport de sortie du 30 avril 2013 des Drs R. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_). Seul un traitement conservateur a été prescrit en raison de la hernie discale L4- L5, laquelle pouvait par ailleurs « difficilement expliquer toutes les douleurs présentées étant donné l'absence de territoire radiculaire précis, tant à l'anamnèse qu'à l'examen clinique » (cf. rapport du 15 mars 2013 du Dr J. \_\_\_\_\_).

- 26 - Sous l'angle rhumatologique, la recourante a d'autre part été victime d'une fracture non déplacée de la tête radiale du membre supérieur droite, le 4 décembre 2013. Dans leur rapport du 7 juillet 2014, les médecins des [...] mentionnaient un suivi ambulatoire jusqu'à la fin mai 2014. Seul un traitement conservateur a été prescrit avec poursuite de la physiothérapie pour ces lésions, avec une coiffe algique mais compétente cliniquement, selon les Drs C.C. \_\_\_\_\_, A.A. \_\_\_\_\_, S.S. \_\_\_\_\_ et T.T. \_\_\_\_\_. Si le pronostic semblait favorable, l'assurée présentait une baisse de rendement en raison d'une mobilisation limitée du membre supérieur droit et très douloureuse excluant le port de charges, sans plus amples précisions. Nonobstant les traitements uniquement conservateurs alors mis en œuvre, ces constatations diagnostiques sont suffisantes pour justifier une véritable instruction et non un nouveau refus de prestations sur la base d'une simple consultation du SMR pour avis sur dossier. En particulier, contrairement à l'avis exprimé le 27 novembre 2014 par le Dr K. \_\_\_\_\_ il est impossible de constater que les rhumatologues consultés depuis 2011 auraient réfuté « la notion de lombalgie sur volumineuse hernie discale L4-L5 », alors que l'examen IRM du 19 février 2013 a conduit à poser un tel diagnostic (cf. rapport d'imagerie IRM du 20 février 2013 de la Dresse O. \_\_\_\_\_ ; rapport du 22 avril 2013 des Drs B. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_ ; rapport de sortie du 30 avril 2013 des Drs R. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_). Au terme de sa consultation du 14 mars 2015, le Dr J. \_\_\_\_\_ n'a quant à lui pas réfuté le diagnostic de hernie discale sous ligamentaire L4-L5 paramédiane droite, mais uniquement l'indication opératoire « au vu du contexte psychologique » en privilégiant d'éventuelles infiltrations avant un traitement de cure de la hernie discale (cf. rapport du 15 mars 2013 du Dr J. \_\_\_\_\_). Une expertise rhumatologique est donc nécessaire pour établir l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis la dernière expertise et sa répercussion sur sa capacité de travail. cc) Sous l'angle psychiatrique, en février 2011, les experts du T. \_\_\_\_\_, n'ont pas retenu de diagnostic invalidant chez l'expertisée. Ils ont posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de

- 27 - somatisation (F 45.0) et de trouble anxieux (intensité légère) (F 41.9), présent depuis 2009. Ce point de vue a ensuite été repris et entériné par l'OAI dans sa décision de refus de prestations du 12 mars 2012. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6 ; TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012, consid. 3 et I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Or, à l'appui de sa nouvelle demande, la recourante n'a pas produit de rapports ou certificats médicaux de psychiatres évoquant une éventuelle aggravation de son état de santé psychiatrique. Pareille situation ne ressort en effet que du rapport de son ancien médecin traitant qui diagnostiquait un état dépressif au long cours à la fin 2013, sans plus amples renseignements (cf. rapport du 24 décembre 2013 de la Dresse

C.\_\_\_\_\_). Si l'assurée n'a certes pas dûment étayé ses allégations à la faveur d'une péjoration de son état de santé psychique en procédure administrative, il demeure qu'on ignore si tel n'était toutefois pas le cas. Dans son dernier rapport du 21 octobre 2011, le Dr M.\_\_\_\_\_ mentionnait l'absence d'évolution sur le plan clinique depuis le début de sa prise en charge (le 11 février 2009) en retenant une incapacité de travail à 100% de sa patiente en toutes activités. Les Drs B.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_ des [...] évoquaient, en avril 2013, un suivi entrepris auprès de la Dresse F.\_\_\_\_\_ à l' [...] ( [...]) du [...]. Au vu de contexte psycho-social important pouvant jouer un rôle de plus dans la symptomatologie observée, les Drs B.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_ suggéraient la poursuite par la recourante du traitement par Lexotanil® et la reprise des consultations à l' [...] après sa sortie des [...] (cf. rapport du 22 avril 2013 des Drs B.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_). Compte tenu de ces constatations, l'expertise à mettre en œuvre devra comprendre un volet psychiatrique. dd) Au vu des contradictions en cause et des lacunes d'instruction, et compte tenu des atteintes diagnostiquées par les médecins traitants, tant sur le plan rhumatologique que psychiatrique, les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. L'état de santé de la recourante dans sa globalité, et les conséquences de cet état

- 28 - de santé sur sa capacité de travail (et de gain) n'ont pas pu être établis de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI — auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA —, cette solution apparaissant comme la plus opportune, dans la mesure où l'intimé n'a entrepris aucune véritable mesure d'instruction, hormis de demander des avis médicaux aux médecins traitants et un très bref avis sur dossier au SMR. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, pour constater précisément l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis la dernière expertise, réalisée en février 2011, et fixer sa capacité résiduelle de travail et de gain.

#### **E. 4**

a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. TVA comprise, au regard de l'importance et des difficultés de la cause, et de les mettre à la charge de l'OAI.

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