

VD_GERICHTE ZD16.009932 vom 20. Dezember 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.009932

FR: VD_GERICHTE ZD16.009932 du 20 décembre 2017

IT: VD_GERICHTE ZD16.009932 del 20 dicembre 2017

Erwägungen

E. 2

Limitation fonctionnelles d'origine strictement médicale : état d'épuisement physique et psychique résistance et endurance fortement réduites, troubles cognitifs avec une forte baisse de la concentration et l'attention et de la mémoire, humeur triste et anhédonie, retrait social, pics d'angoisse avec épisodes d'anxiété paroxystique, notamment lors d'exposition à des situations de prestations sociales ou de rencontres, perte totale de confiance en elle, apragmatisme, difficulté à prendre des décisions. Ralentissement moteur, hypersensibilité au stress. Episodes de pleurs très fréquents. Symptomatologie psychiatrique négative avec un apragmatisme, barrage de la pensée, attitudes d'écoute, retrait social, un ralentissement psychique, une humeur neutre avec la description d'une certaine indifférence face au monde.

E. 3

Les symptômes psychiatriques, en particulier les symptômes psychotiques, sont invalidants et la patiente présente toujours une incapacité de travail depuis 2007 malgré ses envies de s'intégrer dans le monde professionnel son état physique et somatique ne lui permet pas d'exercer un métier, même adapté.

E. 4

Etat dépressif sévère accompagné par des idées suicidaires et des hallucinations auditives, parfois visuelles, madame a de la peine à exprimer son ressenti, persécution réduction d'énergie, perturbations concernant sa propre image, tendance à s'engager dans des relations instables avec des crises émotionnelles, efforts démesurés afin d'éviter d'être abandonnée. Sentiment permanent de vide à l'intérieur, diverses plaintes somatiques hypochondrie, céphalées de tension, etc...

E. 4.2

et 124 V 108 consid. 2b précité ; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2 et 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4). Pour déterminer si une mesure de réadaptation est de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer la capacité de gain de l'assuré (art. 8 al. 1 LAI), il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et 110 V 102). Des mesures d'ordre professionnel ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 95/2007 du 15 février 2008 consid. 4.3, I 938/2006 du 29 octobre 2007 consid. 4.1 et I 170/2006 du 16 février 2007 consid. 3.2). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_386/2009 du 1er février 2010 consid. 2.4 et 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4 ; TFA I 268/2003 du 4 mai 2004 consid. 2.2 ; VSI 2002 p.

112 consid. 2 et les références citées). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/2006 du 13 juin 2007 consid. 3.2 ; TFA I 370/1998 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111). 5. a) En l'espèce, sur le plan somatique, les Drs P. _____ et O. _____ ont posé les diagnostics de douleurs chroniques irréductibles et d'arthrose modérée des articulations postérieures lombaires. Ils ne retiennent pas d'incapacité de travail. Certes, en page 8 du rapport du 29 avril 2015, le Dr P. _____ mentionne que les points douloureux spécifiques de fibromyalgie sont à 18/18. Il ne retient toutefois pas le diagnostic rhumatologique de fibromyalgie. Il n'y a d'ailleurs aucun autre rapport médical émanant d'un spécialiste posant ce diagnostic. Les conclusions des Drs P. _____ et O. _____ sur le plan somatique ne sont pas mises en doute par un autre rapport médical. Bien motivé, leur rapport souscrit aux réquisits de la jurisprudence et doit dès lors être suivi.

- 30 - b) Sur le plan psychiatrique, la recourante a décrit lors de son examen par les médecins du SMR une évolution fluctuante, avec des jours où elle se sent mieux, mais la plupart du temps triste, déprimée, sans amélioration significative depuis 2013. Ces médecins ont retenu le diagnostic de dysthymie d'intensité légère sans influence sur la capacité de travail, qui est une dépression chronique de l'humeur mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier lors de l'examen un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Ils ont expliqué que l'examen clinique n'avait en effet pas objectivé d'irritabilité, d'agressivité, de repli sur soi, d'anhédonie, d'adynamie, de perte de l'élan vital, ni de trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention. Une augmentation de la fatigabilité n'a pas été mise en évidence non plus. Ils ont exclu divers diagnostics (dépression majeure, décompensation psychotique, anxiété généralisée, trouble phobique, trouble de la personnalité morbide, état de stress post-traumatique, trouble obsessionnel compulsif, trouble dissociant de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, syndrome douloureux somatoforme persistant, majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques) sur la base de leur examen clinique et l'on ne voit pas qu'ils aient à indiquer les motifs pour lesquels ils ne retiennent pas des diagnostics qui n'ont d'ailleurs été posé par aucun médecin. Ils ont toutefois précisé qu'ils ne renaient pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, dès lors que la recourante présentait une amplification de toutes ses plaintes, sans sentiment de détresse ni de comportement algique. Ils ont également expliqué les motifs pour lesquels ils se sont écartés du diagnostic retenu par le Dr Q. _____ de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique dès lors notamment qu'aucun document médical ne mettait en évidence l'existence d'un autre épisode dépressif, et aussi parce que l'examen clinique n'avait pas objectivé un tel trouble. Ils ont en outre expliqué que

- 31 - seul un épisode dépressif sévère pouvait justifier une incapacité de travail totale ce qui n'était pas le cas. Les motifs exposés dans le rapport des médecins du SMR apparaissent ainsi clairs et dénués de contradiction contrairement à ce que soutient la recourante. On notera en outre que le Dr Q. _____ mentionnait que la recourante était en incapacité de travail totale au moins depuis 2012 alors qu'en 2012 et 2013 elle a effectué plusieurs stages en donnant entière satisfaction ce qui contredit les conclusions de ce praticien. Dans son rapport du 17 novembre 2015, le Dr Q. _____ prétend avoir constaté une aggravation de l'état de la recourante. Il se limite toutefois à rapporter les propos de celle-ci sans les documenter. On notera en particulier que dans leur rapport du 29 avril 2015, les médecins

du SMR mentionnent certes des illusions mais entre guillemets et font état d'une voix qui appelle la recourante dans la cuisine. Ils ont donc relaté et tenu compte la plainte de la recourante relative à des hallucinations auditives, mais leur examen clinique n'a pas objectivé de trouble y relatif. Le Dr Q. _____ mentionne un isolement social. Il ne l'étaye toutefois pas alors que les médecins du SMR, qui estiment que tel n'est pas le cas, exposent les activités de la recourante (s'occupe de ses enfants, les accompagne à l'école, s'occupe de son ménage, sort faire les courses, prépare les repas, voit des amis, part en vacances une fois par année au Kosovo). L'aggravation évoquée par le Dr Q. _____ depuis l'été 2015 s'avère d'autant moins convaincante étant donné l'absence de séjours en milieu hospitalier de sa patiente ou de renforcement du suivi ambulatoire, voire d'une modification de son traitement médicamenteux à compter de sa prise en charge dans le courant 2013. Ce praticien fait uniquement

- 32 - mention d'une réévaluation en cours avec l'introduction hypothétique d'un neuroleptique en cas de persistance des symptômes observés. Les conclusions du Dr Q. _____ ne sauraient dès lors être suivies. Il en va de même de celles du Dr A. _____ qui se limite à énumérer de multiples diagnostics sans les documenter. Il n'est en outre pas spécialiste psychiatrie. c) En conclusion, l'examen clinique des médecins du SMR fait état des plaintes de l'assurée et comporte une anamnèse détaillée (pp. 2- 6), il procède d'une étude approfondie du cas de la recourante tant sur la base du dossier que sur les examens cliniques successifs (pp. 6-10). Exempt de contradictions, il n'est mis en doute par aucun rapport médical et ses conclusions sont claires et bien motivées (pp. 10-13). Le rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 29 avril 2015 des Drs P. _____ et O. _____ a ainsi valeur probante. Force est dès lors de retenir que la recourante ne souffre d'aucune affection ayant un effet sur sa capacité de travail qui est entière dans toute profession.

E. 5

Traitement en cours : Cipralex 15 mg 1x/j Médiaven F 30 mg 1x/j Olfen 75 mg rtd 2x/j Temesta 2.5 mg 2x/j + 1 en® Beloc-zok 25 mg 2x/j Sirdalud 4 mg 1x/j le soir Nexium 40 mg 1x/j le matin Noroxin 400 mg 2x/j pendant 10j (Stop le 14/12/15) Zinat 500 mg 2x/j pendant 7j (Stop le 14/12/15) Allopure 300 mg 2x/j Arthrotec 75 mg 2x/j Dafalgan 1g 3x/j en® utilise très souvent la réserve La patiente présente sous médication antidépresseurs encore une symptomatologie psychotique négative, avec un

- 18 - pragmatisme, un retrait social, des attitudes d'écoute, un ralentissement psychique, une humeur neutre avec la description d'une certaine indifférence face au monde. La compliance médicamenteuse est bonne, de plus elle se rend scrupuleusement à ses entretiens de psychothérapie. Elle bénéficie d'une prise en charge intégrée, avec un suivi (psychothérapeute) en ambulatoire à domicile.

E. 6

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante (expertise psychiatrique). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

E. 7

Il découle de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

- 33 - 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, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge de la recourante, sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors qu'elle n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). Ces frais judiciaires seront cependant supportés provisoirement par l'Etat, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]).

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