

## **VD\_GERICHTE ZD17.040833 vom 19. November 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-11-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD17.040833](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.040833)

FR: VD\_GERICHTE ZD17.040833 du 19 novembre 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD17.040833 del 19 novembre 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

En l'espèce, la recourante a annoncé une aggravation de son état de santé somatique durant l'année 2015 par l'intermédiaire du Dr H. \_\_\_\_\_ le 4 avril 2016. Etaient mentionnées, en plus des lombalgies et des cervicalgies (précédemment connues de l'administration), des talalgies chroniques bilatérales. a) Ont été versés au dossier les rapports d'IRM du rachis et des sacro-iliaques du 27 janvier 2014, du pied gauche du 2 novembre 2015 et des cervicales du 31 mars 2016. Le premier rapport précité fait état des conclusions suivantes :

- 13 - « Enthésopathies corporeales modérément inflammatoires en D10 et L5 et plusieurs enthésopathies corporeales graisseuses séquellaires du rachis dorsal. Inflammation articulaire postérieure étagée de L3-L4 à L5-S1 associée à une inflammation interépineuse L1-L2 et L4-L5. Sacro-iliite droite inflammatoire très importante avec de multiples érosions osseuses inflammatoires. Multiples érosions osseuses de l'articulation sacro-iliaque gauche d'aspect inflammatoire avec petit œdème osseux [...] ». Le second rapport retient les éléments suivants : « Fasciite plantaire. Stress insertionnel chronique du jambier postérieur associé à un stress sur le ligament calcanéo-scaphoïdien. Stress insertionnel du jambier antérieur. Image douteuse sur le 5ème orteil. » Quant au rapport d'imagerie cervicale, il relate les conclusions ci-après : « Discarthrose et arthrose interfacettaire pluriétagées. Etroitesse canalaire relative en C4-C5 d'origine dégénérative. Etroitesse canalaire absolue d'origine dégénérative C5-C6 et C6-C7. Rétrécissement foraminaux pluriétagés d'origine dégénérative (C2-C3 droit, C4-C5 bilatéral à prédominance droite, C5-C6 droit prononcé, C6-C7 gauche). Pas d'argument en faveur d'une atteinte rhumatismale inflammatoire ». b) Dans ce contexte, l'intimé a décidé de diligenter un examen clinique rhumatologique au SMR, réalisé par le Dr M. \_\_\_\_\_ le 30 novembre 2016. Ce spécialiste a retenu les diagnostics suivants à l'issue de son rapport du 8 décembre 2016 : « Diagnostic principal : Spondylarthrite ankylosante (M54.5). Diagnostics associés : Discopathie et arthrose des articulations postérieures, prédominant en C4-C5, C5-C6, C6-C7, L4-L5 (M50.3, M51.3, M47.8). Sans répercussion sur la capacité de travail : Probable fibromyalgie (M79.0) Arthrose débutante du pied gauche. » Le Dr M. \_\_\_\_\_ a fait part de son analyse du cas en ces termes : « [...] Les douleurs présentées actuellement par l'assurée ne sont pas spécifiques. Il y a une intrication entre des douleurs de type

- 14 - inflammatoire, des douleurs mécaniques en rapport avec une atteinte dégénérative et des douleurs sans substrat organique de type fibromyalgie. Les douleurs inflammatoires ne sont pas au 1er plan. En effet, l'assurée signale une diminution des douleurs au repos, ce qui correspond plutôt à une origine dégénérative aux douleurs dans un contexte d'abaissement du seuil à la douleur. A noter que, lors de l'examen de ce jour, la présence de 9 points douloureux sur 18 est au-dessous du seuil diagnostique d'une fibromyalgie. Toutefois, les douleurs de fibromyalgie fluctuent au cours du temps, de sorte que ce diagnostic ne peut pas

être exclu. [...] En comparant l'examen clinique de ce jour par rapport à celui de l'expertise médicale de la Dresse C. \_\_\_\_\_ de 2003, on constate une amélioration de la mobilité cervicale, une flexion lombaire stable, une ampliation thoracique stable. Les points douloureux de fibromyalgie ont diminué. Par rapport à l'examen rhumatologique du Dr D. \_\_\_\_\_ de 2006, l'accroupissement s'est amélioré, les amplitudes cervicales ont augmenté de même que les inclinaisons latérales. Nous ne constatons pas d'aggravation significative de l'état de santé. Au contraire, on relève une légère amélioration dans le cadre de douleurs moins diffuses. [...] L'examen clinique de ce jour met en évidence quelques incohérences reflétant une participation partielle de l'assurée à l'examen : la discordance entre la DDS [réd. : distance doigts-sol] et la DDO [réd. : distance doigts-orteils], la fluctuation des douleurs au cours de l'examen, les fluctuations de la boiterie qui est moins marquée en fin d'examen qu'en début d'examen. L'assurée annonce des difficultés pour la marche alors qu'elle signale se promener régulièrement en ville avec ses copines. Elle exagère l'importance des douleurs en les évaluant parfois à 20/10. Elle sous évalue ses capacités physiques en déclarant tolérer la position assise au maximum pendant 5 minutes alors qu'elle maintient cette position pendant les 50 minutes de l'entretien sans manifester un inconfort. Ces éléments évoquent un comportement douloureux qui ne s'explique pas par une atteinte ostéoarticulaire. Malgré les douleurs alléguées par l'assurée, elle garde de bonnes ressources physiques. Elle assume en grande partie seule le ménage pour elle et son frère. Elle garde un bon réseau d'amies avec lesquelles elle entretient des contacts réguliers. Elle conduit la voiture de son frère. Chaque été, elle passe des vacances [...]. Concernant les atteintes dégénératives objectivées sur les bilans radiologiques, elles ne sont pas corrélées avec une aggravation de l'état de santé objectivable lors de l'examen clinique. Des signes dégénératifs étaient déjà objectivés sur le Ct scan lombaire du 18.06.1996. Dans l'expertise du 13.10.2006, le Dr D. \_\_\_\_\_ décrit des signes dégénératifs sur les radiographies de la colonne cervicale du 12.11.2001, 14.03.2005. Au vu de l'examen clinique rassurant de ce jour, du maintien de bonnes ressources physiques, il n'y a pas eu d'aggravation significative de l'état de santé. Les limitations fonctionnelles mentionnées par le Dr D. \_\_\_\_\_ par l'examen clinique rhumatologique de 2006 sont toujours d'actualité avec même une meilleure tolérance actuellement pour la position assise. Les limitations fonctionnelles en rapport avec la spondylarthrite ankylosante permettent également de ménager les articulations

- 15 - présentant des signes d'atteinte dégénérative. Dans l'activité d'aide de bureau, activité peu physique, la capacité de travail reste à 50 %. [...] Limitations fonctionnelles Position assise limitée à 1 heure, position debout limitée à 15 minutes, port de charges répétitif au-delà de 5 kg, postures en porte-à-faux du rachis, mouvements répétitifs ou postures statiques du rachis. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? Dans l'activité d'aide de bureau, il y a une incapacité de travail de 50% depuis novembre 1996. Dans l'activité d'ouvrière, la capacité de travail est nulle (cf. examen clinique rhumatologique du Dr D. \_\_\_\_\_ de 2006). Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ? L'incapacité de travail est restée stable sur le plan ostéoarticulaire. Il n'y a pas d'aggravation durable de l'état de santé. Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance mécanique du rachis dans le cadre d'une spondylarthropathie ankylosante insuffisamment traitée et d'une atteinte dégénérative rachidienne. Les signes de fasciite plantaire, de surcharge tendineuse, objectivés sur l'IRM du pied gauche du 02.11.2015, n'ont pas de traduction clinique lors de l'examen de ce jour. [...] » c) Il convient de constater que le

rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ remplit l'ensemble des réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder pleine valeur probante. Ce document est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par la recourante, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation, une discussion très étayée des diagnostics retenus après confrontation des éléments relatés par les différents médecins traitants et des documents d'imagerie. Il fournit par ailleurs des explications convaincantes sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, en comparant les pièces médicales antérieures au 1er octobre 2014 avec celles obtenues depuis lors. On ne voit au demeurant pas d'éléments médicaux, versés postérieurement au dossier de la recourante, qui viendraient mettre en évidence des éléments non investigués par le Dr M. \_\_\_\_\_. A cet égard, la recourante a certes produit des certificats établis par le Dr S. \_\_\_\_\_ en 2015 relativement à des omalgies et une tendinite de l'épaule gauche. Cela étant, il ressort de ces documents que la recourante a consulté pour des douleurs ponctuelles

- 16 - de l'épaule et a reçu le traitement adéquat. On relève d'ailleurs que ni le Dr H. \_\_\_\_\_, ni la Dresse K. \_\_\_\_\_ ne sont revenus sur cette problématique à l'issue de leurs rapports respectifs des 4 avril 2016, 29 avril 2016 et 7 juillet 2016. On peut ainsi considérer du point de vue somatique que le Dr M. \_\_\_\_\_ a communiqué des conclusions médicales actualisées, minutieusement motivées et exemptes de contradictions, auxquelles il y a lieu de conférer pleine valeur probante. Dès lors, on peut déduire que l'état de santé somatique de la recourante ne s'est pas modifié de manière substantielle depuis le 1er octobre 2014, ce qui exclut la réalisation d'un motif de révision de son droit à la rente de ce point de vue.

## **E. 7**

Quant au registre psychique, divers diagnostics ont été évoqués par les médecins de la recourante depuis le dépôt de sa première demande de prestations AI, à savoir notamment ceux de fibromyalgie, de somatisation, d'épisode, d'état ou de trouble dépressif, ainsi que de syndrome ou de trouble anxio-dépressif. a) La recourante a fait l'objet d'investigations approfondies à cet égard par le Dr F. \_\_\_\_\_ à l'occasion de l'examen bidisciplinaire mis en œuvre au SMR le 13 octobre 2006. Les spécialistes du SMR, retenant le diagnostic psychiatrique de « trouble de l'humeur sous forme de dysthymie », avaient communiqué leur appréciation consensuelle du cas comme suit dans leur rapport du 17 octobre 2006 : « [...] Sur le plan psychiatrique, [...] l'assurée ne présente pas de personnalité pathologique au sens des critères de la CIM-10. Elle consulte un psychiatre une première fois à l'âge de 25 ans, en raison d'un trouble panique apparu [...] pendant ses vacances. Après deux mois de traitement, la symptomatologie s'amende progressivement. Cette période n'a pas été à l'origine d'une incapacité de travail. En 1996, elle consulte un psychiatre [...] pendant plusieurs mois en raison de l'annonce du diagnostic de maladie de Bechterew et du fait qu'elle estimait ne pas arriver à être heureuse dans la vie. Aucun traitement psychotrope n'aurait été prescrit et l'assurée estime que cette prise en soins ne l'aidait pas, raison pour laquelle elle arrête après quelques mois. Nous n'avons pas de document médical objectivant son état à cette époque.

- 17 - Mme B. \_\_\_\_\_ n'a pas reconsulté de psychiatre depuis, et il n'y a pas eu de prescription de médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères). La période autour du décès de sa mère (août 2006) n'a pas été à l'origine de l'apparition de symptomatologie anxio-dépressive allant au-delà d'un processus de deuil normal.

Actuellement, Mme B. \_\_\_\_\_ souffre d'une dysthymie : pleurs fréquents, ruminations sur le passé, elle parle moins que d'habitude [...] ; elle ne présente pas de réduction de l'énergie d'origine psychique et la diminution de l'activité quotidienne est le reflet de la limitation physique due aux douleurs. Les réveils nocturnes sont également occasionnés par les douleurs et ne sont pas la conséquence d'un état dépressif. L'assurée ne présente pas de perte de confiance en elle ; elle dit avoir eu peu confiance en elle depuis l'enfance et il n'y a pas d'indice en faveur d'une accentuation récente. Au cours de l'examen au SMR, nous n'avons pas objectivé de troubles de la concentration, dans la mesure où elle a été à même de comprendre et de répondre de manière précise, sans hésitations ou de temps de latence anormal, et ceci pendant toute la durée de l'entretien (critères 1, 2, 3 et 4 non vérifiés). Elle ne présente pas de perte de l'intérêt pour les activités agréables (intérêt pour la vie sexuelle conservé) et elle n'exprime pas de sentiments de désespoir (elle estime qu'à l'avenir, ses douleurs diminueront grâce à des technologies nouvelles). Les difficultés à faire face aux tâches du quotidien sont dues aux limitations physiques comme nous l'avons vu ci-dessus (critères 6, 7 et 8 non vérifiés). Enfin, Mme B. \_\_\_\_\_ voit fréquemment ses amis et son ami : il n'y a pas de retrait social (critère 10 non vérifié). Par ailleurs, au cours de l'examen au SMR, nous n'avons pas mis en évidence de troubles formels de la mémoire à court ou à long terme ; les oublis qu'elle mentionne sont banals et non incapacitants. [...] Mme B. \_\_\_\_\_ présente donc un trouble de l'humeur sous la forme d'une dysthymie, dont la symptomatologie est légère et non incapacitante. L'absence d'hospitalisation en milieu psychiatrique, l'absence de suivi ambulatoire auprès d'un psychiatre et l'absence de traitement psychotrope parlent contre la présence d'un état grave. Dans l'expertise médicale du 11.11.2003, la Dresse C. \_\_\_\_\_ ne relève pas de symptomatologie psychiatrique. Dans le rapport médical AI du 26.03.2002, le Dr H. \_\_\_\_\_ fait état de la présence d'un « syndrome dépressif ». Il n'est pas étayé ni quantifié et l'anamnèse ne permet pas de vérifier ses dires. Dans le rapport médical AI du 29.04.2005, le Dr H. \_\_\_\_\_ mentionne l'aggravation de l'état psychique de sa patiente. Cette dernière lui semble anxieuse et déprimée mais aucune symptomatologie psychiatrique n'est détaillée. Il n'est pas fait mention de la prescription d'un traitement psychotrope (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) ni d'une telle proposition. Pour ces raisons, nous nous écartons des rapports médicaux AI précités. Mme B. \_\_\_\_\_ présente des douleurs qui, malgré la présence d'une maladie de Bechterew, n'explique pas entièrement l'ampleur des plaintes qu'elle a. Ces douleurs sont permanentes et intenses et elles constituent sa préoccupation essentielle. Ceci étant, elles ne s'accompagnent pas d'un sentiment de détresse, dans la mesure où l'assurée n'a pas le sentiment d'être abandonnée dans son malheur (bien qu'elle soit déçue des soins médicaux, elle exprime le fait qu'elle reste optimiste par rapport à une diminution des douleurs

- 18 - dans le futur et elle pense qu'un jour, celles-ci disparaîtront grâce à des technologies médicales nouvelles). En raison de l'absence du critère important de détresse psychique, nous n'avons pas posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. [...] » Depuis l'évaluation du SMR citée ci-dessus, la situation psychique de la recourante n'a plus fait l'objet d'analyse spécifique dans la mesure où elle ne s'est prévalué d'aucune modification, ni d'aucun élément nouveau de ce registre. b) Cela étant, au stade de la procédure d'audition consécutive au projet de décision du 6 mars 2017, la recourante a adressé à l'intimé deux certificats établis par le Dr L. \_\_\_\_\_ les 23 juin 2017 et 1er juillet 2017, dont la teneur est la suivante : « J'atteste que la personne précitée suit un traitement médical et une psychothérapie, pour sa fibromyalgie. Traitement médical : Cymbalta 30 mg

1 cpr x 2 (8.00 - 12.00), après les repas Lyrica caps 76 mg 2 cpr (21.00) en cas d'anxiété, selon les besoins, répétable Xanax 0.25 mg 1/2 cpr si insomnie ou réveils nocturnes fréquents, répétable Halcion 0,25 mg 1/2 cpr Psychothérapie : psychothérapie cognitivo-comportementale psychothérapie hypnotique. [...] Elle a consulté le Service de psychiatrie de liaison du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_ le 15.05.17 et jusqu'au 23.05.17, pour symptomatologie dépressive. Le diagnostic principal a été : Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (ICD-10 / F32.3). Je suis d'accord avec le diagnostic de mon collègue, mais je pense qu'il doit être connecté à la fibromyalgie : Trouble dépressif dû à une autre condition médicale (fibromyalgie) 293.83 (F 06.31). Avec des caractéristiques dépressives. » Si ces pièces sont manifestement insuffisantes pour statuer sur une modification durable de l'état de santé psychique de la recourante, on ne saurait purement et simplement les écarter selon l'avis du Dr P.\_\_\_\_\_ du SMR du 6 juillet 2017. Il ressort en effet des déclarations du Dr L.\_\_\_\_\_ que la recourante a entrepris une psychothérapie dans le contexte d'un trouble dépressif ou d'un état

- 19 - dépressif qualifié de « sévère » au sein du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_, tandis qu'elle bénéficie également d'un traitement antidépresseur. Une telle prise en charge constitue un indice parlant en faveur d'un certain degré de gravité des atteintes à la santé psychique, ainsi que le relevait d'ailleurs a contrario le Dr F.\_\_\_\_\_ à l'occasion de l'examen clinique au SMR du 13 octobre 2006 (cf. rapport d'examen bidisciplinaire du 17 octobre 2006, p. 9). Cela étant, on ignore à ce stade si les diagnostics envisagés par le Dr L.\_\_\_\_\_ ont pu être confirmés et si sa prise en charge a perduré. Ce spécialiste n'ayant pas été interrogé par l'intimé avant l'établissement de la décision querellée, il n'est pas possible de déterminer si une aggravation de l'état de santé psychique est avérée, si le cas échéant, elle revêt un caractère durable et quels en sont les impacts en termes de capacité de travail et de limitations fonctionnelles.

## **E. 8**

a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante,

- 20 - l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas

une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). c) En l'espèce, il apparaît qu'au stade de la procédure d'audition, l'intimé était dûment informé de la prise en charge spécialisée dont la recourante fait l'objet depuis mai 2017 sur le plan psychiatrique. Il lui appartenait dès lors de questionner plus avant le psychiatre traitant de la recourante, étant rappelé qu'il était entré en matière sur la demande de révision formulée pour le compte de la recourante le 4 avril 2016. Il lui incombait de solliciter un rapport médical étayé du Dr L.\_\_\_\_\_, afin de déterminer si une modification substantielle de l'état de santé psychique de la recourante était ou non réalisée. Il aurait également été judicieux de s'enquérir plus avant auprès du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_ eu égard aux circonstances entourant le suivi effectué du 15 au 23 mai 2017 et quant aux diagnostics finalement retenus. En l'état, il s'impose de faire procéder à un complément d'instruction du volet psychiatrique du dossier, l'intimé devant solliciter des rapports auprès du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_ et du Dr L.\_\_\_\_\_ avant de statuer sur une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante. Cas échéant, il y aurait également lieu de requérir une évaluation spécialisée de la situation, en particulier en cas de fibromyalgie ou de trouble dépressif avérés (cf. jurisprudence récente en lien avec

- 21 - l'examen de la capacité de travail en cas de trouble somatoforme douloureux ou de trouble dépressif : ATF 141 V 281 et 143 V 418).

#### **E. 9**

Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. a) 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 judiciaires (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. b) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 1'200 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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