

VD_GERICHTE ZD20.012178 vom 24. Oktober 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-10-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.012178

FR: VD_GERICHTE ZD20.012178 du 24 octobre 2022

IT: VD_GERICHTE ZD20.012178 del 24 ottobre 2022

Erwägungen

E. 3

décembre 2015, pp. 1-2). B. En 2009, l'assurée s'est plainte d'une intensification des céphalées et de ses maux de dos, ce qui l'a amenée à consulter. Les examens effectués à cette époque ont montré une dégénérescence disco-vertébrale C5-C6 avec discopathie (cf. rapport initial DP [détection précoce] du 3 décembre 2015, p. 1, ch. 2). Le 5 mai 2015, l'assurée a consulté le Dr M. _____ pour des céphalées et des cervico-brachialgies. Dès cette date, elle a cessé ses recherches d'emploi en raison de son état de santé se retrouvant, sans interruption, en arrêt de travail. Le 14 septembre 2015, l'assurée a bénéficié de deux imageries par résonance magnétique (IRM) de la colonne cervicale et du cerveau. Dans ses rapports du 15 septembre 2015, le Dr N. _____, spécialiste en radiologie, a retenu les conclusions suivantes : « [IRM de la colonne cervicale] Rectitude avec effacement de la lordose cervicale physiologique et légère angulation à la hauteur de C5-C6. Dégénérescence disco-vertébrale C5-C6 avec pincement discal modéré et saillie discale

- 3 - circonférentielle marqués, en partie ostéophytaires, associés à une uncarthrose avec, comme conséquence, un rétrécissement sévère des trous de conjugaison des deux côtés et rétrécissement modéré du canal rachidien avec, en particulier, un rétrécissement de l'espace pré-médullaire (...). [IRM cérébrale] IRM et angio-IRM cérébrales dans les limites de la norme (on signale la présence de quelques rares foyers de leucoaraïose micro-nodulaires millimétriques). A signaler une selle turcique vide » Dans un rapport du 27 octobre 2015 au Dr M. _____, le Dr C. _____, spécialiste en neurochirurgie, a fait savoir que les IRM montraient une sévère uncarthrose C5-C6 avec peut-être un petit fragment discal à gauche et une arthrose modérée en C4-C5. Il a estimé qu'une intervention chirurgicale était prématurée, mais que des blocs facettaires C5-C6 pouvaient être proposés. Le 6 novembre 2015, le Dr M. _____ a annoncé l'assurée en détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant qu'elle présentait des troubles somatiques et neuropsychiques. L'OAI a entendu l'assurée le 1er décembre 2015 en détection précoce. Le rapport initial de l'OAI, daté du 3 décembre 2015, mentionnait, à titre d'atteintes à la santé, des céphalées, des dégénérescences disco-vertébrales C5 et C6, un rétrécissement modéré du canal rachidien et de l'espace pré-médullaire ainsi qu'un problème de vue. L'assurée a déposé le 22 décembre 2015 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état de problèmes de rachis remontant à 2005. Par formulaire du 1er février 2016, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 30 % dès le mois de septembre 2003 ou de novembre 2004 en tant que femme de ménage, par nécessité financière.

- 4 - Dans un rapport du 2 février 2016, le Dr C. _____, a posé les diagnostics de hernie discale C5-C6 et d'unarthrose C5-C6 > C4-C5, mentionnant par ailleurs à titre de restriction qu'il y avait lieu d'éviter les flexions/extensions répétées de la nuque. Il a évalué

la capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée. Le 7 mars 2017, le Dr M. _____ a signalé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de migraines, de cervicobrachialgies, de lombalgies sur hernie discale, ainsi que d'arthrose et troubles de la statique. Il a attesté d'une incapacité de travail entière pour la période du

E. 3.1

Evaluation médicale interdisciplinaire avec - un résumé de l'évolution de la maladie (sans anamnèse ni citations des expertises) Au plan somatique Mme décrit des douleurs diffuses apparues depuis qu'elle a commencé à travailler à l'extérieur, en plus de l'entretien de son propre ménage, durant quelques mois à 30%, il y a 16 à 17 ans. Les douleurs ont augmenté en intensité en étendue sur la surface corporelle, et sont devenues permanentes, irréductibles. L'examen clinique montre une dame qui garde un bon état général, une mobilité spontanée qui reste fluide. L'examen radiologique montre une spondylodiscarthrose étagée, avec des hernies discales ne donnant pas lieu à des irradiations radiculaires typiques ni à des signes d'appel neurologique sous-lésionnels. Il s'associe une gonarthrose. Cela n'explique pas l'étendue des douleurs dépassant largement le territoire anatomique des lésions. Une allodynie est présente. Elle intéresse les insertions douloureuses répondant aux critères de fibromyalgie et les tissus adipeux comme on le voit dans l'adiposité douloureuse dite de Dercum. Mme aggrave un état d'obésité atteignant actuellement le stade d'une obésité morbide et elle présente un déconditionnement musculaire (sarcopénie) plus marqué que ce à quoi l'on peut s'attendre vu son âge, et ses lésions. Elle décrit une vie sédentaire bien qu'elle ait suivi les conseils des médecins et physiothérapeutes. Elle sort en principe tous les jours pour une promenade et effectue des exercices de tonification de quelques minutes tous les jours, ceci depuis qu'elle a consulté le Dr E. _____ en début d'année 2017 environ. Au plan psychique La plupart du temps, cette assurée se sent fatiguée et déprimée. Il apparaît que tout lui coûte et que rien ne lui est agréable. Elle est en proie à des ruminations et des plaintes. Elle dort mal, elle semble avoir perdu confiance en elle mais elle est capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne.

- 10 - Ce trouble a débuté chez une adulte jeune, en 1998-1999, date retenue par l'assurée de la guerre du L. _____, et a persisté jusqu'à nos jours. Nous sommes très éloignés d'un épisode dépressif sévère avec ou sans manifestation psychotique. - une explication / motivation des diagnostics actuels Au plan somatique Syndrome métabolique avec obésité progressive, stéatose hépatique E88.9 Mme présente un IMC de 35, ayant augmenté ces dernières années. Une discrète hépatomégalie se confirme sur un scanner abdominal (22.06.2016) avec une image de stéatose. Il existe du côté familial un risque de diabète et d'HTA. Mme a présenté des épisodes d'HTA ne nécessitant pas pour l'instant de thérapie régulière et les examens sanguins du médecin traitant révèlent une légère dyslipidémie qui n'est pas non plus traitée médicamenteusement. Spondylodiscarthrose étagée à prédominance cervico- lombaire M47.9 Il existe un syndrome cervical discret à modéré, un très discret syndrome lombaire sans signe radiculaire ni médullaire à aucun des étages. Les atteintes sont plus évoluées au niveau cervical que lombaire au plan radiologique. Elles sont stables, compatibles avec l'évolution du temps écoulé entre 2015 et 2018. Gonarthrose modérée à droite, et discrète à gauche M17.9 Mme se plaignait enfin d'année 2016 de gonalgies. Les investigations radiologiques ont mis en évidence une gonarthrose modérée du genou droit prédominant au compartiment interne avec des éléments de souffrance fémoro-patellaire, et une gonarthrose gauche discrète. Mme ne se plaint pas spécifiquement

des genoux actuellement. Elle marche sans boiterie et peut s'agenouiller profond, et se relever sans difficulté évidente. Sarcopénie M62.5 Le relief musculaire est peu marqué, cela se confirme sur les images des scanners et IRM montrant un volume musculaire diminué au plan axial. L'origine est multiple : la sédentarité, l'état ménopausique, l'âge et une certaine involution adipeuse. Syndrome fibromyalgique M79.0 Une fibromyalgie est évoquée par le Dr M. _____ en 11.2016, dans le diagnostic différentiel étiologique [RM Dr M. _____ du

- 11 - 19.11.2016] de douleurs diffuses évoluant depuis les années 2002- 2003. Le bilan complet qu'il a réalisé, et fait compléter par le Dr E. _____ rhumatologue en janvier 2017 n'a pas montré d'étiologie primaire. Il a permis d'écartier un rhumatisme inflammatoire, une dysendocrinopathie, une maladie métabolique, une atteinte infiltrative. Les lésions dégénératives rachidiennes et des genoux ne permettent pas d'expliquer l'ensemble des douleurs, dépassant le territoire anatomique. Le caractère d'intensité élevée en permanence depuis plusieurs années, sans nette évolution radio-clinique n'est pas non plus typique. Les critères pour une fibromyalgie restent amplement positifs. Tabagisme F17.2 Mme présente une voix rauque, sur un tabagisme évalué à un paquet/j depuis 25 ans. Elle n'annonce pas de plainte d'ordre pneumologique et ORL y relatives. Status après hystérectomie Z 70.9 c/ patient V geste IV pare, actuellement ménopausée Mme a subi l'hystérectomie par voie vaginale il y a 7 ans. Elle présente un syndrome ménopausique, la ménopause est confirmée par les dosages hormonaux sanguins. Au plan psychique F 34.1 : Dysthymie. Ce diagnostic est retenu sur la présence d'une dépression chronique de l'humeur mais dont la sévérité n'est pas suffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. La plupart du temps, cette assurée se sent fatiguée et déprimée. Il apparaît que tout lui coûte et que rien ne lui est agréable. Elle est en proie à des ruminations et des plaintes. Elle dort mal, elle semble avoir perdu confiance en elle mais elle est capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. Nous sommes très éloignés d'un épisode dépressif sévère avec ou sans manifestation psychotique. Un Trouble de la personnalité F 60 ne peut être retenu, l'assurée rapporte une famille d'origine harmonieuse, exempte de traumatisme ou de carence affective. L'assurée rapporte une belle- famille fonctionnelle où s'établissent des relations affectives de bonne qualité, avec laquelle elle s'articule aisément. Il n'y a pas de déviation sévère du caractère ou d'altération comportementale extrême chez une assurée qui ne nourrit pas de difficultés personnelles ou sociale considérables. Un Syndrome somatoforme douloureux persistant F45.4 ne saurait être retenu en l'absence d'état de détresse accompagné de douleur intense et persistante. De surcroît il existe un substratum somatique explicatif tel qu'une spondylodiscarthrose étagée à prédominance cervico-lombaire, une gonarthrose modérée à droite, et discrète à gauche et un syndrome fibromyalgique.

- 12 -

E. 3.2

Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail Au plan somatique Spondylodiscarthrose étagée à prédominance cervico- lombaire M47.9 Gonarthrose modérée à droite, et discrète à gauche M17.9 Sarcopénie M62.5 Obésité progressive E88. Les atteintes dégénératives (rachis, genoux) déterminent des limitations fonctionnelles se répercutant sur la CT comme femme de ménage. La sarcopénie et l'obésité sont responsables d'une baisse de l'endurance. Au plan psychique F 34.1 : Dysthymie.

E. 3.3

Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles
Au plan somatique Spondylodiscarthrose étagée à prédominance cervico- lombaire M47.9
Gonarthrose modérée à droite, et discrète à gauche M17.9 Sarcopénie M62.5 Obésité progressive E88. Les atteintes dégénératives (rachis, genoux) déterminent des limitations fonctionnelles se répercutant sur la CT comme femme de ménage. La sarcopénie et l'obésité sont responsables d'une baisse de l'endurance. Au plan psychique Seuls une asthénie et un déconditionnement ont une incidence légère sur la CT.

E. 3.4

Évaluation d'aspect liés à la personnalité pouvant avoir une incidence Au plan psychique
Cette assurée n'a quasiment jamais travaillé dans l'économie du premier marché de l'emploi ni sur son sol d'origine ni en Suisse.

E. 3.5

Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge Au plan somatique Par rapport au descriptif de la vie quotidienne évoqué par le Dr E. _____, et le médecin traitant le Dr M. _____, Mme s'est accommodée à ses troubles douloureux. Elle a du plaisir dans sa vie sociale, ses retours au pays, les échanges multiples de sa vie familiale, avec ses enfants, petits-enfants. Si elle a des difficultés à parler en français, elle comprend le français et répondait parfois plus vite que la traductrice n'avait le temps de traduire lors de l'examen rhumatologique.

- 13 - Elle est devenue sédentaire, obèse, déconditionnée, et sarcopénique. Elle décrit être totalement déchargée des tâches ménagères par ses belles-filles. Elle ne m'a pas du tout parlé des soins qu'elle apporte à son mari malade mais m'a dit que son mari avait eu des ennuis de santé. En dépit des douleurs et de l'asthénie évoquées, Mme se montre plutôt vive, réactive, et joviale en cours d'expertise, notamment avec la traductrice. Au plan psychique Les principaux troubles fonctionnels retrouvés concernent une asthénie et une appréhension négative de la réalité dans laquelle l'assurée est inscrite de longue date. Cette assurée conserve cependant de nombreuses ressources, ainsi elle s'adapte aux règles et routines et sait honorer ses rendez-vous. Elle sait structurer des tâches avec l'aide de ses belles-filles et de ses filles. Elle fait preuve de capacité d'adaptation en pouvant se lever précocement le matin pour effectuer sa prière, aller chercher sa petite-fille à l'école ou s'occuper de son mari malade. Elle ne fait pas usage de compétences spécifiques, non pas en raison d'une pathologie psychiatrique mais en raison de carences de scolarité et de formation professionnelle. La capacité de jugement de cette assurée est entière. La capacité d'endurance est amenuisée par les phénomènes asthéniques. Cette assurée parvient correctement à s'affirmer, en famille, en groupe et auprès du voisinage. Son aptitude à établir des relations avec les autres, à émettre de l'affection et à en recevoir ne fait pas défaut. Il en est de même quant à son attitude à évoluer au sein d'un groupe, prendre le café l'après-midi avec d'autres adultes ou nourrir des discussions tardives le soir. A. _____ ne peine nullement à entretenir des relations proches. Elle n'a effectivement pas d'activité spontanée telle qu'une activité artistique ou sportive. Cette assurée n'est pas incurie et elle sait utiliser les transports en commun. Les principales difficultés de cette assurée sont d'un registre extra- médical : une scolarité limitée, une absence de formation certifiante, le fait de ne jamais avoir quasiment travaillé sur le milieu du premier marché de l'emploi et un déconditionnement.

E. 3.6

Contrôle de cohérence Au plan somatique Mme décrit des douleurs qui s'intensifient au fil des ans, présentes en permanence à un niveau élevé d'intensité. Elle ne montre pas de comportement douloureux, ne prend pas systématiquement son antalgique. Son état général n'est pas altéré malgré les douleurs alléguées depuis 2002-2003.

- 14 - Les callosités des genoux et des chevilles évoquent un appui prolongé, mais cela ne correspond pas à l'anamnèse, Mme disant ne pas se mettre à genoux pour le ménage ni les prières. Un avis dermatologique serait utile. Mme décrit de très hautes douleurs, permanentes. Cela n'entrave pas sa vie sociale avec ses connaissances, ni avec sa famille et n'a jamais empêché ses voyages au L. _____, y compris un long séjour sur place après le décès de sa maman, sans soins particuliers. Au plan psychique Il n'existe pas de limitation uniforme ou des activités dans tous les domaines comparables de l'existence chez A. _____. Cette dernière apprécie particulièrement les relations avec le voisinage, avec ses copines ou les relations intrafamiliales. Elle est certes limitée dans des activités physiques. Il n'en demeure pas moins que les compétences psychiatriques et psychologiques de cette assurée sont bonnes. A l'heure actuelle, il n'y a pas eu de thérapie ad hoc qui corresponde aux symptômes exposés. Il n'existe en particulier pas de suivi spécialisé auprès d'un médecin-psychiatre et psychothérapeute FMH. Actuellement cette assurée apparaît déconditionnée, incapable de pouvoir se projeter dans une quelconque sphère professionnelle. Nous rappelons qu'elle n'a jamais exercé au sein du premier marché de l'emploi dans son pays d'origine et qu'elle n'a pas dépassé une activité de 20 à 30 % dans le nettoyage auprès de [...]. L'assurée s'estime incapable de pouvoir intégrer une réadaptation professionnelle. Nous ne retrouvons cependant pas de signe objectif psychiatrique qui puisse s'opposer à ce type de mesure. Nous sommes plus en face de choix existentiels que de contraintes avec limitations objectives des fonctionnalités psychiques.

E. 3.7

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici Au plan somatique CT de 30 % (occupationnel) comme femme de ménage. CT de 80 % dans son propre ménage comprenant deux adultes qu'elle peut faire à son rythme. Au plan psychique La CT est entière au motif psychiatrique depuis toujours.

E. 3.8

Capacité de travail dans une activité adaptée Au plan somatique CT de 80%. Au plan psychique La CT est entière au motif psychiatrique depuis toujours.

E. 3.9

Motivation de l'incapacité de travail et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout) Au plan somatique

- 15 - Les atteintes dégénératives de l'appareil locomoteur (la spondylodiscarthrose et la gonarthrose) déterminent qu'elle ne puisse plus travailler comme femme de ménages sauf à titre occupationnel. Dans son propre ménage, qu'elle peut mener à son rythme, et dans une activité adaptée au plan articulaire, l'obésité, la sarcopénie déterminent une diminution de la CT de 20 %. Au plan psychique La CT est entière au motif psychiatrique depuis toujours. Ne peuvent être présentes que des limitations ponctuelles comme en APG [assurance perte de gain maladie]. La dysthymie participe quelque peu à la diminution globale de la CT.

E. 3.10

Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail Au plan somatique Mme est très régulièrement suivie par le Dr M. _____ qui a pratiqué les examens nécessaires pour établir l'étiologie des douleurs. Mme a suivi les conseils de sa physiothérapeute et se mobilise plus que ce qu'elle relatait au Dr M. _____ et au Dr E. _____. Sur le plan de l'obésité, les mesures thérapeutiques ne m'apparaissent pas épuisées et Mme devrait suivre un programme multidisciplinaire. Elle n'apparaît pas motivée à aborder une thérapie visant à un contrôle de sa diète, de ses apports caloriques, et de ses dépenses caloriques. Il n'y a pas de contre-indication à ce qu'elle augmente ses activités physiques de marche et de renforcement musculaire, au contraire, cela lui est recommandé. Cela augmenterait son endurance et son seuil de la douleur. Si Mme parvenait à diminuer d'au moins 10 % son poids corporel sur

E. 5

novembre 2018). L'assurée a été examinée le 15 janvier 2019 au X. _____ par la Dre X.Rhu. _____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr X.Psy. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport de mammographie bilatérale du

E. 8

février 2019, le Dr F. _____ a conclu à la présence de petites

- 9 - formations kystiques aux deux seins, sans léiodule solide suspecte, ni foyer de microcalcification suspecte. Les experts du X. _____ ont remis leur rapport le 1er avril 2019. Il ressort ce qui suit de leur évaluation consensuelle du cas, notamment au sujet de la capacité de travail (CT) (pp. 13-19) : « 3 ÉVALUATION CONSENSUELLE

E. 12

a) En définitive, le recours de A. _____ doit être rejeté et la décision litigieuse rendue le 27 février 2020 par l'office intimé confirmée. 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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