

VD_GERICHTE ZD20.050679 vom 14. September 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-09-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.050679

FR: VD_GERICHTE ZD20.050679 du 14 septembre 2021

IT: VD_GERICHTE ZD20.050679 del 14 settembre 2021

Erwägungen

E. 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).

- 18 - 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) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

E. 5

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

- 19 - références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). c) Selon l'art. 49 al. 2 RAI, les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit. Bien que de tels rapports d'examen ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1).

- 20 - S'il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3), on rappellera cependant que lorsqu'un cas est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins des assurances, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_353/2020 du 5 mars 2021 consid. 3). Tel est en particulier le cas lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même minimes quant à

la fiabilité et la pertinence de ces constatations médicales. Dans un tel cas, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant, selon la procédure de l'art. 44 LPGa, ou une expertise judiciaire (TF 8C_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 4.2). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

- 21 -

E. 6

a) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part,

- 22 - des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans

activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

E. 7

En l'espèce, la recourante se plaint essentiellement d'une violation de la maxime inquisitoire (art. 43 LPGa). a) Il est constant que, dans la mesure où le rapport du 2 avril 2019 des Drs G._____ et D._____ correspond à un rapport d'examen SMR au sens de l'art. 49 al. 2 RAI et qu'il peut donc revêtir la même valeur probante qu'une expertise s'il satisfait aux exigences définies par la

- 23 - jurisprudence en matière d'expertise médicale, il sied ainsi d'en examiner la valeur probante. b) Sur le plan formel, on constate que le rapport d'examen du SMR du 2 avril 2019 remplit toutes les exigences requises par la jurisprudence. En effet, les médecins du SMR ont individuellement rencontré la recourante, procédant à des examens rhumatologique et psychiatrique distincts. A cet égard, la recourante critique la durée des examens cliniques, qu'elle estime insuffisante. Or, celle-ci perd de vue qu'il est de jurisprudence constante que la durée de l'examen n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical et ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (à ce sujet, voir notamment TF 9C_684/2020 du 3 février 2021 consid. 5.2 et 9C_542/2020 du 16 décembre 2020 consid. 7.4 et les références citées). Qui plus est, en l'occurrence, les médecins du SMR ont fondé leur appréciation sur le dossier complet de la recourante, se référant à de nombreuses reprises aux rapports établis par leurs collègues. Ils ont en effet étudié son dossier médical complet, ont procédé à une anamnèse familiale, scolaire, ainsi que professionnelle, et ont analysé le contexte psychosocial dans lequel évoluait l'intéressée. Ils se sont également renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. Enfin, ils ont fait état de manière circonstanciée de ses plaintes et les ont pris en compte dans leur appréciation. Ensuite de leur examen individuel, les médecins du SMR se sont concertés, ont effectué une synthèse contenant une évaluation consensuelle de la situation – ce qui leur a en particulier permis de poser le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F 68.0) – et ont rédigé conjointement le rapport d'examen du 2 avril 2019. Par conséquent, la critique de la recourante, selon laquelle les troubles physiques et psychiatriques auraient été

- 24 - examinés séparément, sans analyse des liens existant entre eux, doit également être écartée. Enfin, il est constaté que le rapport d'examen SMR est structuré et clair. S'agissant plus particulièrement de l'examen psychiatrique, la Dre G._____ a procédé à une

analyse des différents indicateurs posés par la jurisprudence, tel que cela sera développé ci-dessous (cf. consid. 9 infra).

E. 8

a) Sur le plan somatique, les médecins du SMR ont retenu le diagnostic incapacitant de lombo-pseudosciatalgies, dans le cadre d'un status post spondylodèse L4-L5 et de séquelles de maladie de Scheuermann (CIM-10 M 54.5). Ils ont estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, mais qu'elle restait entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 1er octobre 2017. b) Afin d'établir les diagnostics rhumatologiques, le Dr D._____ a tout d'abord listé et tenu compte des plaintes de la recourante, indiquant que celle-ci lui avait indiqué que les douleurs étaient toujours présentes, malgré la spondylodèse L4-L5, diffuses et permanentes, ainsi qu'elles fluctuaient de six à dix sur une échelle de dix et se situaient dans la région lombaire – principalement au niveau du membre inférieur droit. A cet égard, on constate que les plaintes mentionnées correspondent à celles décrites dans les différents rapports médicaux au dossier, notamment les rapports du 18 juillet 2016 de la Dre P._____ et des 12 décembre 2016, 16 juillet 2016 et 18 septembre 2017 du Dr Y._____. Du reste, le Dr D._____ a souligné que la recourante était très démonstrative ; elle se déplaçait lentement, bougeait les membres inférieurs avec lenteur, émettait des petits cris et pleurait par moment. Il a ensuite fait état de ses observations cliniques, relevant avoir noté une boiterie intermittente du côté droit à la marche et que l'accroupissement était lent, mais profond, que les marches sur les talons et la pointe des pieds étaient réussies, que la position assise était maintenue de courts moments et que la recourante se levait à plusieurs reprises pour un bref instant. Il a également observé l'absence de

- 25 - radiculopathie irritative ou déficitaire et que les articulations périphériques ne présentaient pas de signes inflammatoires ; en revanche, l'extension cervicale maximale, ainsi que les amplitudes lombaires dans tous les axes et articulaires maximales des hanches n'avaient pas pu être évaluées en raison des autolimitations et de contrepulsions, la recourante se plaignant des douleurs lombaires et à la fesse droite. Enfin, le Dr D._____ a examiné les différents rapports d'IRM au dossier, en particulier celui du 15 novembre 2018, sur lequel il observait un status après spondylodèse transpédiculaire L4-L5, la mise en place d'une cage intersomatique et l'absence de récurrence de la protrusion discale. Une fois ces constatations posées, le Dr D._____ a confronté les plaintes de la recourante aux examens cliniques et radiologiques. Il en a conclu qu'il existait une discordance, laquelle semblait s'être accentuée au moment de l'examen par ce médecin du SMR. En effet, il a, dans un premier temps, rappelé que d'autres médecins au dossier avaient noté une absence de corrélation entre les indications de la recourante et le résultat des examens cliniques, soit en particulier le Dr A._____ dans son rapport du 23 mai 2016 et le Dr Y._____ dans son rapport du

E. 12

décembre 2016, ce qui a effectivement été le cas. A cet égard, il est également relevé que le Dr Y._____, dans son rapport du 18 septembre 2017, a encore mentionné la présence de douleurs résiduelles, tout en indiquant que les radiographies de contrôle montraient un matériel bien en place, sans signe de fusion. Dans un second temps, le Dr D._____ a considéré que l'examen clinique montrait de nombreuses discordances. Pour illustrer son propos, il a relevé que la boiterie était intermittente, que lors de l'évaluation de la force, la

recourante opposait une résistance beaucoup plus faible que lors de ses contreimpulsions, moments durant lesquels elle s'opposait aux mobilisations articulaires, que les lâchages au niveau des chevilles ne concordaient pas avec la possibilité de marcher sur les talons et la pointe des pieds, que le trouble de la sensibilité diffus du membre inférieur droit ne s'expliquait pas par une lésion neurologique et que le score de Waddell était de 5 / 5.

- 26 - c) Au vu de ces éléments, le Dr D. _____ a été en mesure de conclure que le comportement douloureux de la recourante ne pouvait pas s'expliquer par une approche purement biomécanique et que la problématique somatique n'était actuellement pas la cause principale de l'arrêt de travail, contrairement à ce qu'avait indiqué la Dre P. _____ dans son rapport du 26 octobre 2017. Il a pu poser les diagnostics de lombo-pseudosciatalgies, dans le cadre d'un status post spondylodèse L4- L5 et de séquelles de maladie de Scheuermann (CIM-10 M 54.5), ainsi que de discopathie D12-L1. Il a justifié que le caractère diffus des douleurs des membres inférieurs – sans trajet radiculaire ou territoire correspondant au nerf sciatique – permettait de qualifier les douleurs de pseudosciatalgies (et non pas de sciatalgies), celles-ci ne pouvant par ailleurs pas s'expliquer par la discopathie L4-L5 en raison de leur distribution trop diffuse. S'agissant des hernies intraspongieuses étagées, il a conclu qu'elles correspondaient à des séquelles d'une maladie de Scheuermann, dont l'association avec la discopathie L4-L5 justifiait une diminution des contraintes mécaniques sur la colonne lombaire. Quant à la discopathie D12-L1, de peu de gravité, elle n'entraînait pas de limitations fonctionnelles. Ce médecin a également expliqué que les activités quotidiennes menées par la recourante, soit la capacité de voyager une fois par année pour les vacances au [...] – tel qu'indiqué par la recourante durant l'examen et le Dr Y. _____ dans son rapport du 16 juillet 2017 –, d'accompagner son époux faire les courses le samedi, de participer à la préparation des repas et des devoirs de son fils, ainsi que de descendre deux étages d'escaliers pour quitter son domicile, permettaient de retenir qu'elle avait conservé des ressources physiques suffisantes pour des activités légères. Il est constaté que les diagnostics retenus par le Dr D. _____ coïncident avec ceux établis précédemment par les médecins au dossier, notamment par la Dre P. _____ dans ses rapports des 18 juillet 2016 et 5 septembre 2017, le Dr Y. _____ dans ses rapports des 2 mars, 16 juillet et 18 septembre 2017 et les médecins du Centre S. _____ dans leur rapport du 7 janvier 2019. Quant à ses conclusions sur la capacité de travail, le Dr D. _____ a considéré que la survenance de lombosciatalgies à droite

- 27 - justifiait une incapacité de travail dans toute activité, laquelle était de 100 % dès le 2 octobre 2015. Pour ce qui était de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, laquelle a été jugée définitive, il a exposé qu'il était en principe fréquent qu'après une spondylodèse, un patient puisse exercer un travail contraignant pour la colonne vertébrale, telle que l'était l'activité habituelle de la recourante. Néanmoins, compte tenu des discopathies survenues à un jeune âge dans le cadre de séquelles de maladie de Scheuermann chez l'intéressée, il a retenu qu'il était en l'occurrence justifié d'éviter une activité professionnelle trop contraignante pour la colonne lombaire. Finalement, afin de fixer la fin de l'incapacité de travail dans une activité adaptée au 1er octobre 2017, le Dr D. _____ s'est référé au rapport du 5 septembre 2017 de la Dre P. _____, laquelle indiquait qu'un arrêt de travail avait été reconduit jusqu'au 30 septembre 2017 par le Dr Y. _____, tout en exposant qu'en cas de spondylodèse L4- L5, une période de convalescence de trois mois était suffisante pour reprendre une activité légère sur le plan ostéoarticulaire en l'absence de complications opératoires et de récurrence de hernie discale, comme cela était le cas en

l'occurrence. d) Au vu de ce qui précède, on constate que les conclusions du Dr D. _____ sont fondées sur des résultats objectifs, tels que ses constatations, les rapports des médecins au dossier et des rapports d'IRM, ainsi que sur l'expérience médicale. Il a en l'occurrence pris en considération les plaintes de la recourante et son mode de vie et les a mis en lien avec ces résultats objectifs, ce qui lui a permis de tirer des conclusions étayées sur l'état de santé de la recourante. Il a encore discuté les différents diagnostics envisageables et expliqué les raisons qui l'avaient poussé à les retenir ou les écarter. Ses conclusions sont au demeurant exhaustives, articulées, motivées et convaincantes. Il convient dès lors de leur reconnaître pleine valeur probante. 9. Sur le plan psychiatrique, les médecins du SMR ne retiennent aucun diagnostic incapacitant.

- 28 - a) Il sied d'examiner tout d'abord si les atteintes psychiatriques ont été diagnostiquées dans les règles de l'art. On mentionnera à cet égard la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, selon laquelle ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). b) En l'occurrence, la Dre G. _____ a posé un premier diagnostic de dysthymie (CIM-10 F 34.1), laquelle correspond à un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger (CIM-10 F 33.-). Pour ce faire, elle a commencé par indiquer que les plaintes de la recourante étaient essentiellement centrées sur les douleurs et que la baisse de moral leur était secondaire. Elle a ensuite examiné le rapport du 10 avril 2018 de la Dre Q. _____ et relevé que le motif de la consultation était en lien avec les douleurs et leur fort impact en termes de limitations au quotidien, que l'échec de l'intervention chirurgicale sur le dos avait été très mal vécu, la dégradation de l'humeur étant en rapport avec cet échec, et que la psychiatre-traitante retenait une capacité limitée des mouvements, une fatigue physique et émotionnelle, ainsi qu'un abaissement de l'humeur, les douleurs restant cependant au premier plan de l'anamnèse. La Dre G. _____ a ensuite réalisé son propre examen clinique et a observé, dans le rapport SMR du 2 avril 2019, que les douleurs étaient au premier plan des plaintes de la recourante – celle-ci ayant pleuré à plusieurs reprises en les évoquant –, que l'orientation était bonne dans les trois modes et qu'il n'y avait pas de diminution de l'attention ou de la concentration, d'agitation ou de ralentissement psychomoteur. Elle a en particulier indiqué avoir observé que la thymie était légèrement abaissée, ainsi que l'absence de diminution de l'intérêt et du plaisir, les limitations étant en lien avec les douleurs. Si elle avait noté

- 29 - une baisse de l'activité et une légère fatigue, elle a néanmoins précisé les mettre en relation avec les douleurs et la prise de médicaments sédatifs. Elle a encore décrit que la concentration et l'attention étaient conservées et qu'il n'y avait pas d'idée de culpabilité, d'idée ou d'acte auto-agressif, ainsi que de perturbation du sommeil d'origine dépressive. Elle a enfin fait état de ce que la recourante était pessimiste face à l'avenir, mais que cela était en raison de ses douleurs. Une fois ces différents éléments posés, la Dre G. _____ a motivé les raisons l'ayant conduite à ne pas retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans symptôme somatique (CIM-10 F32.10), établi par la Dre Q. _____ dans son rapport du 10 avril 2018. Elle a expliqué que ce dernier diagnostic n'était plus d'actualité, dans la mesure où, selon la psychiatre traitante, ce trouble s'était déclaré au mois de juin 2016 et

que la durée d'un épisode dépressif n'excédait en général pas une durée supérieure à six mois et ne pouvait évoluer en continu sans périodes intermédiaires où la thymie redevenait neutre. Plus encore, elle a précisé que la dysthymie n'était pas un trouble incompatible avec le diagnostic d'état dépressif (retenu à l'époque par la psychiatre) et que la dysthymie pouvait avoir répondu aux critères d'un épisode dépressif léger dans le passé, en particulier au moment de son installation. Toutefois, selon la Dre G. _____, la recourante présentait actuellement tous les éléments en faveur d'une dysthymie, l'humeur étant certes légèrement abaissée, mais de manière inconstante, et les deux autres symptômes majeurs de la dépression faisant défaut – ce que l'on comprend par une absence de diminution de l'énergie et de réduction de l'activité, ainsi que l'absence de perte du plaisir et de l'intérêt. Compte tenu de ce qui précède, on constate que cette divergence diagnostique réside principalement dans l'appréciation de la gravité des symptômes. De même, la Dre G. _____ a fondé son appréciation sur la base du résultat de son examen objectif et des critères de la CIM-10, ainsi qu'après avoir confronté les différents diagnostics envisageables. Par conséquent, il convient de reconnaître que le diagnostic de dysthymie a été établi dans les règles de l'art.

- 30 - c) La Dre G. _____ a posé un second diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F 68.0), laquelle est définie comme la présentation de symptômes physiques compatibles avec – et initialement dus à – un trouble, une maladie ou une incapacité physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Le sujet réagit habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou à l'incapacité et redoute, parfois à juste titre, une persistance ou une aggravation de son incapacité ou de sa douleur. Cette médecin a encore précisé qu'il ne s'agissait en aucun cas d'une exagération délibérée de la part de la recourante. Ce diagnostic est pertinent compte tenu du phénomène d'amplification décrit par les médecins du SMR. En effet, tel que décrit ci-dessus (cf. consid. 8b et c supra), le Dr D. _____ fait part de discordances entre les douleurs alléguées et les résultats cliniques objectifs, dont il concluait que la problématique somatique n'était actuellement pas la cause principale de l'arrêt de travail. A cela s'ajoute que la Dre G. _____ est arrivée à la même conclusion que son confrère, indiquant qu'il existait certaines divergences entre les symptômes, le comportement et les activités de la vie quotidienne de la recourante. De plus, ces deux médecins ont relevé que le comportement douloureux de l'intéressée était accompagné d'importants signes d'amplification. 10. Les atteintes psychiatriques ayant été diagnostiquées lege artis, il sied de passer à l'examen du degré de gravité fonctionnel et de la cohérence. a/aa) S'agissant du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, la Dre G. _____ a considéré que les diagnostics psychiatriques posés étaient en soi de peu de gravité. De surcroît, cette médecin du SMR a relevé déduire du rapport du 10 avril 2018 de la Dre Q. _____ que le syndrome douloureux avait un rôle majeur sur les manifestations thymiques, que les restrictions

- 31 - énumérées étaient essentiellement d'ordre physique et que le tableau dépressif était d'allure réactionnelle. De ce fait, elle a considéré que le tableau clinique décrit dans le rapport du 10 avril 2018 ne permettait pas de retenir une incapacité de travail à l'époque de ce rapport. En effet, il ressort du rapport du 10 avril 2018 que les symptômes psychiques décrits, soit en particulier la limitation des mouvements, de l'autonomie, de la concentration, de la mémoire, de la capacité à réaliser des tâches et la fatigue, ainsi que la perte d'espoir et l'abaissement de l'humeur ayant suivi l'échec de l'opération du 29 mai 2017 et l'absence d'amélioration des douleurs, correspondent à une conséquence des douleurs de la recourante et leurs sont ainsi secondaires. Cette conclusion est également confirmée par

l'indication de la Dre Q. _____ dans son rapport du 10 avril 2018, selon laquelle le pronostic était indéterminé en raison de la présence des douleurs, malgré l'intervention. Pour ce qui est des traitements, la Dre G. _____ a conclu que, compte tenu du diagnostic et du peu de gravité de la problématique thymique, ils se déroulaient *lege artis*. Elle a néanmoins ajouté qu'une autre médication antidépressive à doses efficaces et sans effets secondaires devait être considérée et qu'une intensification des séances de psychothérapie devait également être discutée. On constate dès lors que cette médecin a pris en compte la remarque de la recourante, selon laquelle elle ne voyait guère d'amélioration avec son suivi. On relève toutefois que, bien que cette médecin suggère une adaptation du traitement, elle n'en constate pas l'échec, soulignant même que la coopération de la recourante était bonne dans ce qui lui était proposé, et ne fait pas état de difficultés ou d'obstacles dans la prise en charge, excepté quelques effets indésirables causés par les antidépresseurs, raison pour laquelle elle recommandait d'ailleurs cette adaptation de la médication. La Dre G. _____ a encore considéré qu'il n'existait pas de comorbidité psychiatrique. La psychiatre traitante n'en a également pas diagnostiqué.

- 32 - bb) S'agissant de l'examen de la personnalité, la Dre G. _____ a retenu qu'il n'y avait pas de signes d'anxiété objectivés à l'examen, d'attentes craintives, de tensions motrices continues ou de signes en faveur de crises d'anxiété aiguë. Elle a également souligné que l'examen n'objectivait aucun trouble phobique ou obsessionnel et aucun trouble de la personnalité ; le cours de la pensée était parfaitement cohérent, sans élément délirant. La Dre Q. _____ n'a également diagnostiqué aucun trouble de la personnalité.

cc) Pour ce qui est du contexte social, les médecins du SMR ont en particulier indiqué que le réseau social se composait de « deux à trois copines » qui étaient très présentes et que la recourante voyait régulièrement, et que celle-ci bénéficiait du soutien de ses enfants et de son mari ; de plus, elle était en contact régulier avec sa famille restée au [...], où elle se rendait une fois par année environ. S'agissant de la vie quotidienne, ces médecins ont décrit que la recourante aimait sortir régulièrement avec ses amies, avec lesquelles elle buvait « un petit café » à l'extérieur, et sortait marcher avec ses enfants ou ses amies ; néanmoins, ces sorties étaient toujours limitées à une trentaine de minutes en raison des douleurs. b/aa)

S'agissant de la cohérence, la Dre G. _____ a retenu que la recourante était autonome pour les gestes de la vie quotidienne. Elle en a conclu que les ressources disponibles et mobilisables étaient conservées et en cohérence avec l'anamnèse et la vie quotidienne. On rappellera tout d'abord que le Dr D. _____ a également jugé que les activités quotidiennes menées par la recourante permettaient de retenir qu'elle conservait des ressources physiques suffisantes pour des activités légères (cf. consid. 8c supra). Au demeurant, il ressort en effet de la description du contexte psychosocial et de la vie quotidienne contenue dans le rapport du 2 avril 2019 que la recourante est autonome pour l'essentiel de ses activités. Celle-ci effectue plusieurs déplacements hors de son domicile par jour, que

- 33 - ce soit pour rencontrer ses amies, marcher avec ses enfants ou faire quelques courses, et la majorité de ceux-ci se font à pied, la recourante ayant indiqué ne pas souhaiter utiliser la voiture, en raison de sa médication. De même, la recourante maintient une vie sociale active, celle-ci rencontrant ses amies très régulièrement, étant soutenue par sa famille proche et se rendant au [...] une fois l'an (cf. not. rapport du

juillet 2017 du Dr Y._____). Ces seules constatations permettent déjà de relativiser l'appréciation des restrictions de la Dre Q._____ dans son rapport du 10 avril 2018, à teneur de laquelle les douleurs de la recourante la limiteraient dans ses déplacements, son autonomie et sa capacité à réaliser des tâches et que l'intéressée ne supportait plus les contacts sociaux, y compris avec sa famille. Du reste, les Drs G._____ et D._____ ont souligné que la recourante participait aux tâches ménagères : elle passait la poussière (le reste, y compris l'aspirateur et la lessive, étant géré par son mari ou sa fille), elle suivait son fils pour les devoirs scolaires et elle faisait les « petites courses » (les commerces se trouvant à une dizaine de minutes à pied et les « grosses courses » étant faites par le mari). On relèvera que si le rapport du 2 avril 2019 n'est pas limpide quant au degré de participation de la recourante dans la préparation des repas, dans la mesure où il est à la fois mentionné que la recourante cuisine elle-même et que sa fille cuisine seule (la recourante indiquant l'aider pour le rangement, mais être incapable de cuisiner, en raison de la position assise ou debout que cela impliquait), il n'en demeure pas moins que, quoiqu'il en soit, la recourante a un rôle actif en lien avec cette tâche. bb) Finalement, en relation avec le poids des souffrances, il est relevé que, comme l'a rappelé la Dre G._____, aucun suivi psychiatrique n'avait été envisagé avant le 16 janvier 2017, alors que la Dre Q._____, dans son rapport du 10 avril 2018, faisait remonter l'état dépressif au mois de juin 2016. De même, les consultations auprès de la psychiatre traitante se faisaient environ tous les deux mois, et celles auprès du psychologue une fois par mois, tel que mentionné dans le rapport du 2 avril 2019. Enfin, la Dre G._____ a indiqué que la prise

- 34 - d'antidépresseurs avait été abaissée de 50 mg/jour à 25 mg/jour, en raison des effets secondaires indésirables ; ces doses correspondent à celles mentionnées par la Dre Q._____ dans son rapport du 10 avril 2018, dans lequel elle a indiqué une prise d'Imovan de 7.5 mg/jour et de Saroten retard de 50 mg/jour, élément qui confirme encore le caractère léger du traitement. La Dre G._____ a ainsi déduit de cette prise en charge médicamenteuse et du fait que les entretiens psychothérapeutiques se déroulaient à une fréquence peu élevée que le degré de l'atteinte thymique était léger, conclusion qui est convaincante. Il sied dès lors de constater que, compte tenu des éléments qui précèdent, il existe bien une incohérence entre les symptômes et restrictions décrits par la recourante et son comportement, ses activités de la vie quotidienne et sa prise en charge thérapeutique légère, tel qu'indiqué par les médecins du SMR. c) Au vu de ce qui précède, l'examen de la Dre G._____ respecte les exigences posées par la jurisprudence en matière d'expertise psychiatrique, celle-ci ayant effectué une analyse des différents indicateurs requis par la jurisprudence, et est convaincant. Par conséquent, le rapport d'examen SMR du 2 avril 2019 doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. 11. La recourante fait encore valoir qu'il existe des divergences entre le rapport d'examen SMR du 2 avril 2019 et les rapports des 30 janvier 2020 de la Dre P._____, 18 février 2020 de la Dre Q._____ et 2 mars 2020 de la Dre M._____. Celles-ci permettent de soulever des doutes quant à la pertinence des constatations des médecins du SMR, de sorte que la situation médicale devait être clarifiée par de nouvelles mesures d'instruction, en particulier par la mise en œuvre d'une expertise. a) Sur le plan somatique, le rapport du 2 mars 2020 de la Dre M._____ n'apporte aucun élément nouveau. Plus encore, cette médecin adhère aux diagnostics retenus par les médecins du SMR dans

- 35 - leur rapport du 2 avril 2019 – y compris à celui de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Quant à ses explications selon lesquelles une

pleine capacité de travail dans une activité adaptée ne lui semblait pas possible, il s'agit d'une appréciation différente d'un même état de fait. On ajoutera par ailleurs que cette médecin n'estime pas concrètement la capacité de travail de la recourante, mais se contente de préciser qu'une reprise progressive et adaptée de l'activité professionnelle serait bénéfique et que les limites de cette reprise correspondent à la thymie de la recourante et à son incapacité à concevoir un retour professionnel. S'agissant du rapport du 30 janvier 2020 de la Dre P. _____, celle-ci ne relève aucun élément qui n'aurait pas déjà été pris en compte par les médecins du SMR. En effet, concernant en particulier la médication de la recourante, on relèvera que les médecins du SMR, dans leur rapport du 2 avril 2019, ont considéré le traitement d'analgésiques administré, observé une légère fatigue, mise en relation avec la prise de médicaments sédatifs, sans toutefois en conclure qu'elle correspondrait à une limitation fonctionnelle, et recommandé, au vu des discordances « radio- cliniques », d'éviter les mesures trop invasives, le traitement devant principalement comprendre de la physiothérapie et un encouragement à augmenter les activités. De même, la Dre P. _____ ne décrit, respectivement ne quantifie pas la médication à laquelle elle se réfère, la qualifiant uniquement de « traitement médicamenteux lourd, avec consommation obligée d'analgésiques opioïdes ». Finalement, cette médecin ne fait pas état d'une modification, respectivement d'une augmentation de la prise d'analgésiques ensuite du rapport d'examen du 2 avril 2019. b) Sur le plan psychiatrique, la Dre Q. _____ et F. _____ font principalement valoir, dans leur rapport du 18 février 2020, que l'état de santé de la recourante affecte toutes les dimensions de son existence, que son humeur est clairement abaissée (avec des pleurs fréquents), ainsi qu'une anticipation de l'avenir craintive, une baisse de motivation et du plaisir, une diminution de la confiance et de l'estime de soi, une humeur

- 36 - irritable, un sentiment de détresse, un sommeil perturbé, une augmentation de la fatigabilité, une diminution de sa capacité de concentration et d'attention, ainsi que la présence de douleurs qui la limitaient dans ses déplacements, ses mouvements, son autonomie et dans l'accomplissement de ses tâches au quotidien. Ils ont exposé, une nouvelle fois, que l'échec de l'intervention chirurgicale avait induit une perte d'espoir importante et que la recourante supportait de moins en moins ses relations sociales. Ils déduisent de ces éléments que la symptomatologie présentée par la recourante est plus sévère que celle permettant de retenir un diagnostic de dysthymie, tel que l'ont fait les médecins du SMR. Ces praticiens confirment ainsi leur diagnostic d'épisode dépressif moyen et la totale incapacité de travail de la recourante dans toute activité. Etant rappelé que dans le cadre de l'assurance invalidité, ce n'est pas le diagnostic qui importe, mais bien l'impact de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (cf. consid. 9a supra), il convient de constater que le rapport du 18 février 2020 ne contient, en substance, aucun élément que la Dre Q. _____ et F. _____ n'auraient pas déjà révélé dans leur rapport initial du 10 avril 2018. Or, il est constant que les médecins du SMR ont examiné attentivement le rapport du 10 avril 2018 et ont ainsi déjà considéré les éléments pertinents susmentionnés pour fonder leur appréciation probante du 2 avril 2019. Au demeurant, la Dre Q. _____ et F. _____ ne mentionnent pas une modification ou péjoration des troubles psychiatriques, respectivement une modification de la prise en charge thérapeutique. Compte tenu de ce qui précède, ces praticiens n'apportent aucun élément nouveau propre à faire douter des conclusions des médecins du SMR, peu important que leur rapport du 18 février 2020 soit plus récent que le rapport d'examen SMR du 2 avril 2019. c) Par conséquent, les différents rapports produits au cours de la procédure administrative ne

permettent pas de susciter un doute, même minime, quant au bien-fondé des conclusions rendues par les

- 37 - médecins du SMR dans leur rapport d'examen du 2 avril 2019, respectivement de justifier la mise en œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une expertise. 12. Finalement, s'agissant de l'échec de la mesure d'orientation professionnelle, celui-ci ne saurait rendre vraisemblable l'incapacité de travail complète et définitive alléguée par la recourante. Cet échec est en réalité consécutif à l'allégation de douleurs par la recourante, lesquelles n'ont pas été objectivées durant la mesure. De même, il apparaît que c'est l'intéressée elle-même qui a fait preuve d'une absence de motivation dans l'exécution de la mesure. En effet, les indications de la recourante quant à son souhait d'y participer ont toujours été contradictoires (cf. courriers des 8 mai, 17 mai et 17 juin 2019 de la recourante à l'intimé et rapport d'examen du 2 avril 2019, à teneur duquel les médecins du SMR ont relevé que la recourante avait à la fois évoqué la possibilité de demander une aide de l'intimé pour retrouver un travail ou une formation, tout en indiquant à la Dre G. _____ qu'elle ne pouvait plus travailler). De surcroît, elle a adopté un comportement plaintif et n'a démontré aucune motivation lorsque la possibilité d'une telle mesure a été discutée avec elle (cf. note d'entretien du 8 mai 2019 du spécialiste en réinsertion) et au cours des trois demi-journées durant lesquelles elle a effectué le stage de planificatrice (cf. rapport de fin de mesure du 4 décembre 2019 du coach en réinsertion). Ainsi, on constate que l'appréciation des médecins du SMR, dans leur rapport du 2 avril 2019, selon laquelle, sur le plan professionnel, le comportement douloureux de l'intéressée, accompagné d'importants signes d'amplification, était de très mauvais pronostic, a été vérifiée par le comportement de la recourante. 13. a) En définitive, le recours de H. _____ doit être rejeté. Partant, la décision du 20 novembre 2020 est 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

- 38 - 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). d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Joël Crettaz peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 13 avril 2021, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'050 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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