

# VD\_GERICHTE ZD23.053301 vom 10. April 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-04-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD23.053301](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.053301)

FR: VD\_GERICHTE ZD23.053301 du 10 avril 2025

IT: VD\_GERICHTE ZD23.053301 del 10 aprile 2025

## Erwägungen

### E. 3

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. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi,

- 25 - 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). 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). d) 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

- 26 - supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

#### **E. 4**

a) Pour 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 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

- 27 - (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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 assécurologique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). d) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé

par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

- 28 - Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

## **E. 5**

En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante ne disposait plus d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle depuis novembre 2018, mais qu'elle avait recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % dès janvier 2020 puis de 100 %, avec une baisse de rendement de 30 %, dès juillet 2020. Ce constat s'appuyait en particulier sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire de N. \_\_\_\_\_ du 4 février 2021, complété et précisé le 1er avril 2020. a) La recourante a produit de nouveaux rapports médicaux avec ses diverses écritures. Conformément à la jurisprudence, le juge doit prendre en compte les faits survenus postérieurement à la décision administrative litigieuse dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation de la situation au moment où ladite décision a été prise (ATF 118 V 200 consid. 3a et les références citées ; TF 8C\_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.3 ; 9C\_47/2022 consid. 5.1.2). En conséquence, lesdits rapports seront pris en compte pour autant qu'ils se rapportent à l'évolution de l'état de santé de la recourante jusqu'à la notification de la décision litigieuse. b) Dans sa réplique, la recourante a critiqué le fait que l'intimé s'est appuyé sur les avis du Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR, alors que ce médecin ne dispose pas d'une spécialisation en psychiatrie. Ce grief doit être écarté. En effet, le SMR a été sollicité par l'intimé pour donner des avis médicaux, lesquels constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne

- 29 - contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Dans ce contexte, les médecins du SMR n'ont pas besoin de compétences de spécialiste dès lors que les compétences dévolues au SMR consistent notamment à évaluer l'intégralité d'un dossier (9C\_933/2012 consid. 4.2 ;

9C\_639/2018 consid. 4.1). Un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (9C\_233/2024 du 27 juin 2024 consid. 5.3 ; 9C\_766/2009 du 12 mars 2010 consid.2.1 ; 9C\_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3). En l'occurrence, le Dr B. \_\_\_\_\_ est inscrit sur la plateforme des professions de la santé en tant que médecin praticien au bénéfice d'une reconnaissance de son diplôme étranger. Il dispose ainsi d'une formation médicale suffisante pour pratiquer la médecine générale en Suisse et, partant, fournir des avis pertinents sur les pièces médicales qui lui sont soumises. Il n'en demeure pas moins qu'une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées). c) Pour poser leurs conclusions, les experts de N. \_\_\_\_\_ ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. synthèse du dossier, annexe 4 du rapport d'expertise), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes qui ont examiné la recourante depuis novembre 2018, ainsi que les pièces médicales antérieures fournies avec la demande de détection précoce en décembre 2012. Les experts ont chacun examiné

- 30 - l'intéressée et établi un rapport portant sur leur spécialité respective (annexes 1 à 3 du rapport d'expertise). Les trois rapports comprennent, d'une part, le compte-rendu de l'entretien de l'expert avec la recourante, incluant ses déclarations spontanées, des anamnèses familiale, sociale, scolaire et professionnelle, les antécédents médicaux ainsi qu'une description de sa journée-type (ch. 3 des expertises spécialisées) et, d'autre part, les observations, les informations éventuelles fournies par des tiers, les diagnostics, une évaluation médicale et médico-assurantielle et les réponses de l'expert aux questions soumises par l'intimé (ch. 4 à 8 des expertises spécialisées). L'évaluation consensuelle (ch. 4 du rapport d'expertise) propose une synthèse étayée de la situation médicale de la recourante. Cette expertise remplit ainsi l'ensemble des critères fixés par la jurisprudence en matière de valeur probante. Dans ses objections au projet de décision de l'intimé, la recourante a d'emblée fait valoir que des imprécisions, erreurs et incohérences amenuisaient la valeur probante de cette expertise, voire démontraient une certaine prévention de la part de l'expert psychiatre. Elle n'a cependant cité que deux éléments de l'expertise psychiatrique, à savoir l'utilisation d'un mauvais nom pour la désigner ainsi que les constats relatifs à la compliance à la médication. On ne voit cependant pas en quoi le fait de s'être trompé de nom à une reprise dans le rapport pourrait signifier que l'entier du rapport de l'expert psychiatre concernerait une autre assurée. Si tel était le cas, l'anamnèse serait entièrement erronée, ce que la recourante n'affirme pas. Quant à la compliance à la médication, l'expert a noté dans l'anamnèse les déclarations de l'intéressée sur ce point, à savoir qu'elle prenait Duloxetine 60 mg, un comprimé le matin depuis septembre 2020, et Laroxyl 40 mg, 15 gouttes le soir. Il a par ailleurs disposé, notamment, d'un rapport établi le 3 août 2020 par la Dre O. \_\_\_\_\_, où il était mentionné que la recourante avait pris de l'Escitalopram de décembre 2018 à juillet 2020 puis qu'elle n'avait pas toléré le changement pour une molécule de type Amitriptyline, de sorte qu'elle prenait depuis le 21 juillet 2020 de la Duloxetine 30 mg avec une bonne tolérance pour l'instant. Cela étant, l'expert a fait procéder à un test sanguin portant sur les molécules

- 31 - d'Amitriptyline et de Duloxetine, dont il ressort que la première était présente à un taux faible qui suggérerait une adhésion médicamenteuse fluctuante tandis que le dosage de la seconde était compatible avec une bonne compliance le jour de la prise de sang. Si l'on peut

s'interroger sur l'utilité du dosage sanguin de l'Amitriptyline alors que l'expertisée et sa psychiatre ont indiqué de manière concordante qu'il n'était plus prescrit depuis plusieurs mois, il n'en demeure pas moins que l'expert s'est limité à présenter le résultat du laboratoire, sans la commenter. La compliance au traitement n'est ainsi pas un critère utilisé pour poser le diagnostic, ni mentionnée dans l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité. L'expert psychiatre n'a par ailleurs émis aucune recommandation particulière quant à la poursuite du traitement. En conséquence, les critiques de la recourante sur d'éventuelles erreurs, imprécisions de l'expertise ou prévention des experts peuvent être écartées. Cela étant, il convient d'examiner les griefs émis par l'intéressée à l'égard du résultat de l'expertise.

## E. 6

Sur le plan somatique, l'expert en médecine interne a mentionné trois diagnostics, mais considéré qu'aucun n'était incapacitant. Pour sa part, l'expert en rhumatologie a uniquement posé le diagnostic incapacitant de fibromyalgie avec douleurs des mains, des pieds, des épaules, asthénie et troubles du sommeil (M79.7) et a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, port de charge limité à 5 kg proche du corps. La recourante n'a pas remis en cause les conclusions de l'expert en médecine interne mais s'est prévaluée des rapports de ses médecins traitants pour contester les conclusions de l'expertise rhumatologique. a) Dans ses objections au projet de décision de l'intimé, la recourante a d'abord contesté le diagnostic unique posé par l'expert en rhumatologie, à savoir une fibromyalgie avec douleurs des mains, des pieds, des épaules, asthénie et troubles du sommeil, M79.7, en opposant les conclusions des rhumatologues qu'elle a consultés dès 2017.

- 32 - A ce propos, il apparaît certaines divergences entre les différents spécialistes consultés. En effet, la Dre Z. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative non érosive dans ses rapports des 5 février et 24 mai 2019, tandis que le Dr F. \_\_\_\_\_, qui a repris le suivi rhumatologique dès avril 2019, n'a pas confirmé ce diagnostic et a posé l'hypothèse d'une autre atteinte rhumatologique, à savoir une « probable » spondylarthrite ankylosante HLA B27 négative avec atteinte axiale et périphérique. L'assurance perte de gain a alors sollicité un avis sur dossier auprès du Dr T. \_\_\_\_\_, lequel s'est limité à indiquer dans son rapport du 18 décembre 2019 qu'il s'agissait de diagnostics différentiels permettant d'objectiver les plaintes, et ne s'est donc pas prononcé sur cette question. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a ensuite adressé la recourante au Prof. W. \_\_\_\_\_ pour second avis. Ce dernier a posé comme diagnostic principal un syndrome douloureux chronique, également désigné comme fibromyalgie dans ses rapports des 5 et 31 août 2020, et n'a pas confirmé la notion de spondylarthropathie, en mentionnant ce diagnostic comme « probable ». Or, le Dr R. \_\_\_\_\_ a conclu à une fibromyalgie, comme le Prof. W. \_\_\_\_\_, et a réfuté les deux autres diagnostics évoqués par les rhumatologues traitants en indiquant les motifs qui l'amenaient à ce résultat au ch. 7.1 de son rapport. Il a relevé qu'il y avait eu des consultations rhumatologiques déjà en 2012, avec des douleurs diffuses dans un contexte de stress et de syndrome anxiodépressif, que la Dre Z. \_\_\_\_\_ avait posé en 2017 le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative malgré des examens complémentaires négatifs, que le Dr F. \_\_\_\_\_ avait fondé son diagnostic de spondylopathie en 2019 sur la base d'une IRM des sacro-iliaques montrant peu d'anomalies et ne répondant pas aux critères diagnostics d'une telle atteinte. L'expert a en outre exposé les éléments qui plaident en faveur du diagnostic de fibromyalgie, en lien avec les plaintes

douloureuses et l'absence de signe clinique inflammatoire. Peu après le dépôt de cette expertise, le Dr F. \_\_\_\_\_ a établi des rapports dans lesquels il posait formellement le diagnostic de spondylarthrite et évoquait une « possible » fibromyalgie « selon le Professeur W. \_\_\_\_\_ du Centre A. \_\_\_\_\_ » (cf. notamment

- 33 - rapports des 15 décembre 2021 et 5 avril 2022), mais n'a opposé aucune argumentation d'ordre médical à l'évaluation diagnostique de l'expert en rhumatologie, notamment en ce qui concerne les critères médicaux internationaux mentionnés par celui-ci. Par ailleurs, quand bien même le Service C. \_\_\_\_\_ du Centre A. \_\_\_\_\_ – dirigé par le Prof. W. \_\_\_\_\_ – a mentionné dans la lettre de sortie établie le 29 mars 2022 après l'hospitalisation de la recourante, la spondylarthrite ankylosante comme diagnostic principal et le syndrome douloureux chronique en tant que comorbidité, il ressort cependant de la discussion du cas que le bilan biologique ne relevait pas de syndrome inflammatoire et que les deux IRM récentes du bassin retrouvaient des « anomalies aspécifiques des sacro-iliaques ». Ainsi, il était retenu une poussée de la spondylarthrite « malgré l'absence de critères biologique ou radiologique formel, face à des douleurs d'horaire inflammatoire ». Il convient ainsi de constater que, sur le plan diagnostique, l'expertise rhumatologique n'est pas sérieusement remise en question par les médecins traitants, qui n'étaient pas leurs diagnostics en s'appuyant sur des critères reconnus. Le Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR a d'ailleurs relevé, dans son avis du 22 août 2022, que le Dr F. \_\_\_\_\_ s'opposait aux résultats de l'expertise rhumatologique sur la prémisse erronée que le diagnostic de fibromyalgie ne serait pas incapacitant, alors qu'il fondait son évaluation de la capacité de travail essentiellement sur les plaintes subjectives de la recourante, à savoir des douleurs chroniques ubiquitaires et de la fatigue. Au demeurant, il convient de rappeler que, de jurisprudence constante du Tribunal fédéral, 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). En l'occurrence, le Dr R. \_\_\_\_\_ a posé un diagnostic rhumatologique qui explique les plaintes douloureuses de la recourante et a déterminé l'impact de cette atteinte sur la capacité de travail de l'intéressée. Il a procédé à une évaluation des capacités, ressources et difficultés de la recourante en reprenant les critères posés par la

- 34 - jurisprudence en cas de fibromyalgie. Il a ainsi noté qu'elle effectuait peu de geste dans sa vie quotidienne, mais qu'elle pouvait sortir son chien tous les jours, allait marcher 30 minutes tous les deux jours et pouvait faire quelques courses à proximité, mais qu'elle était perpétuellement stressée et anxieuse et qu'il lui arrivait de rester allongée toute la journée. Il a par ailleurs déterminé les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, port de charges limité à 5 kg proche du corps. Sur cette base, il a reconnu, au même titre que les médecins traitants, que la recourante présentait une incapacité de travail totale et définitive dans son ancienne activité depuis novembre 2018. Il a considéré en revanche qu'une capacité de travail de 100 % était exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique, avec une baisse de rendement de 30 % compte tenu de l'asthénie et des troubles du sommeil avec des critères de sévérité de la fibromyalgie à 8/12, depuis juillet 2020, époque où le diagnostic de fibromyalgie a été posé et un traitement mis en place. Auparavant, compte tenu des nombreux autres traitements reçus sans véritable efficacité, la capacité de travail dans une activité adaptée était nulle jusqu'en décembre 2019 puis de 50 % de janvier à

juillet 2020, les experts s'étant finalement ralliés pour cette période au rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 20 janvier 2020. Pour sa part, le Dr F. \_\_\_\_\_ a évalué la capacité de travail dans une activité adaptée à 50 % dans son rapport du 20 janvier 2020 en motivant la réduction du taux par l'existence de signes cliniques d'inflammation (synovites) et d'un syndrome rachidien. Il a ensuite confirmé ce taux dans ses rapports des 17 novembre et 15 décembre 2021 malgré le constat d'une amélioration de l'état de santé après l'introduction d'un nouveau traitement en avril 2021, en évoquant la baisse de rendement liée à la fatigue chronique qui persistait. Interrogée à la même époque, la Dre P. \_\_\_\_\_ fixait également la capacité de travail dans une activité adaptée à 50 %, sans l'argumenter (cf. rapports des 25 novembre 2021 et 4 janvier 2022). Cela étant, comme l'a relevé le Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR dans son avis du 22 août 2022, l'évaluation de la capacité de travail de la recourante repose essentiellement sur ses

- 35 - plaintes subjectives. Dans ce contexte, la divergence entre l'expert de N. \_\_\_\_\_ et les médecins traitants constitue une appréciation différente de la même situation. Or, contrairement aux médecins traitants, le Dr R. \_\_\_\_\_ a procédé à son évaluation en tenant compte des données objectives – incluant un examen de la cohérence et de la plausibilité –, ainsi que des capacités, ressources et difficultés rencontrées par la recourante. Il convient dès lors de se rallier à l'appréciation de l'expert en rhumatologie. b) Dans un second temps, la recourante s'est prévaluée d'une aggravation de son état de santé somatique postérieurement à l'expertise de N. \_\_\_\_\_, en lien avec son hospitalisation en mars 2022 puis avec les rapports du Dr S. \_\_\_\_\_. Elle a également versé deux rapports médicaux de la Dre Q. \_\_\_\_\_, médecin généraliste qui a repris son suivi dès février 2022. Concernant l'hospitalisation de mars 2022, la lettre de sortie a mentionné une évolution rapidement favorable au cours de l'hospitalisation, de sorte que l'on peut tout au plus admettre une aggravation provisoire, de moins de trois mois, puis le retour à la situation telle qu'elle se présentait au moment de l'expertise de N. \_\_\_\_\_. Pour sa part, le Dr S. \_\_\_\_\_ a vu la patiente une première fois en mai 2022 et a constaté que la symptomatologie douloureuse au niveau cervical pouvait être attribuée en partie à une problématique radiculaire C6 gauche sur une hernie discale C5-C6. Il n'y avait toutefois pas d'argument pour une intervention chirurgicale, une infiltration péri- radiculaire C6 gauche étant préconisée. Ce médecin confirmait par ailleurs que l'amélioration des douleurs rhumatismales s'était maintenue depuis l'hospitalisation. Puis, constatant que l'infiltration effectuée le 20 mai 2022 n'avait amené qu'une amélioration provisoire, il avait procédé à une intervention chirurgicale le 24 août 2022. Il ressort des rapports établis par le Dr S. \_\_\_\_\_ les 8 et 27 septembre 2022 que l'évolution postopératoire a été favorable et que la symptomatologie s'est immédiatement améliorée. Le neurochirurgien a ensuite attesté le 16 janvier 2023 que sa

- 36 - patiente présentait une incapacité de travail dans toutes activités depuis le 16 mai 2022, sans étayer cette appréciation. Réinterrogé par le SMR, ce spécialiste s'est limité à renvoyer, en avril 2023, à ses écrits de septembre 2022 et janvier 2023, ainsi qu'à l'avis de la médecin généraliste. Or, la Dre Q. \_\_\_\_\_ a confirmé dans ses rapports de décembre 2022 et janvier 2023 que l'intervention sur les cervicales avait apporté une amélioration des douleurs aux membres supérieurs. Il faut ainsi constater avec le Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR que les douleurs liées à la radiculopathie existaient déjà au moment de l'expertise et ont été prises en compte par les experts de N. \_\_\_\_\_ même si l'examen neurologique n'avait pas montré d'argument en faveur d'une radiculopathie, et qu'après l'intervention du Dr

S. \_\_\_\_\_, la recourante avait « pour le moins retrouvé l'état de santé qui prévalait au moment de cette expertise » ou « pour le mieux » ressenti une amélioration des symptômes (cf. avis SMR du 6 juillet 2023). Ainsi, il faut constater que le diagnostic nouveau posé par le Dr S. \_\_\_\_\_ en mai 2022 n'est pas de nature à remettre en cause la capacité de travail retenue par les experts en février 2021, hormis une incapacité de travail passagère dans les suites postopératoires. S'agissant enfin des rapports établis par les Drs Q. \_\_\_\_\_ en décembre 2022 et janvier 2023, il est fait état d'un nouveau changement de molécule pour le traitement rhumatologique en raison d'un manque d'efficacité et du développement d'une dermatose médicamenteuse, situation qui avait en outre amené la patiente à vouloir changer de rhumatologue traitant. La médecin généraliste a décrit une patiente en permanence algique malgré le traitement mais a limité ses constats médicaux aux plaintes subjectives exprimées par l'intéressée. Sans oublier qu'il est admis de jurisprudence constante de tenir compte de l'influence de la relation et du rapport de confiance noués entre le patient et son thérapeute (cf. consid. 3c ci-dessus), il faut constater que ces deux rapports n'objectivent pas d'aggravation de l'état de santé ou de modification des limitations fonctionnelles par rapport à la situation prise en compte par les experts.

- 37 - En conséquence, il n'apparaît pas que l'état de santé somatique de la recourante se soit modifié de manière déterminante entre l'évaluation des experts de N. \_\_\_\_\_, début 2021, et la notification de la décision litigieuse.

#### **E. 7**

Sur le plan psychiatrique, l'expert de N. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic non incapacitant de trouble anxiodépressif mixte, F41.2. a) Avec ses objections au projet de décision, la recourante a fourni un rapport de la Dre O. \_\_\_\_\_ du 29 novembre 2021. La psychiatre traitante critiquait les conclusions de l'expertise de N. \_\_\_\_\_, tout en admettant qu'elle ne retenait pas de diagnostic psychiatrique incapacitant. Elle estimait en substance que sa patiente ne présentait pas d'éléments laissant supposer l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, pendant psychiatrique de la fibromyalgie, ou de tout autre type de somatisation. On peut relever que la Dre O. \_\_\_\_\_ avait répondu le 13 janvier 2021 aux questions posées par le Dr D. \_\_\_\_\_ en mentionnant le diagnostic non incapacitant de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, F43.21, avec la précision que les critères diagnostics pour un épisode dépressif n'étaient pas remplis. Il convient de rappeler à cet égard que, si le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, cette atteinte est considérée comme faisant partie des pathologies psychosomatiques. Le Tribunal fédéral a ainsi considéré qu'il se justifiait sous l'angle juridique, en l'état des connaissances médicales, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux à l'appréciation du caractère invalidant d'une fibromyalgie, vu les nombreux points communs entre ces troubles (TF 9C\_808/2019 du 18 août 2019 consid. 5.2). Dans ce contexte, une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaissait donc la mesure pour établir de manière objective si l'assuré présentait un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne pouvait plus du tout ou seulement partiellement être exigible

- 38 - de sa part (TF 9C\_701/2020 du 6 septembre 2020 consid. 4.1). En l'occurrence, comme exposé ci-dessus (consid. 6), l'expert en rhumatologie a posé le diagnostic de fibromyalgie. Il y a associé des limitations d'ordre physique (limitations fonctionnelles) et

psychiques (baisse de rendement due à l'asthénie et aux troubles du sommeil), après avoir examiné les divers critères préconisés par la jurisprudence. Bien qu'il ait écarté le diagnostic de trouble somatoforme – rejoignant sur ce point l'appréciation de la psychiatre traitante –, l'expert en psychiatrie a retenu l'existence d'un autre trouble psychiatrique et a examiné lui aussi les critères posés par la jurisprudence pour évaluer la capacité de travail en cas d'atteinte psychiatrique, pour conclure à l'absence de limitations en relation avec son diagnostic. Il n'en demeure pas moins qu'au terme de l'évaluation interdisciplinaire, les trois experts de N.\_\_\_\_\_ ont émis un avis consensuel reprenant les conclusions du Dr R.\_\_\_\_\_, ce qui a pour corollaire que l'expert en psychiatrie s'est rallié aux conclusions de l'expert en rhumatologie sur l'existence d'une fibromyalgie et les conséquences de cette atteinte sur la capacité de travail de la recourante. b) En procédure de recours, l'intéressée a fait valoir que son état de santé psychique s'était péjoré postérieurement à l'expertise de N.\_\_\_\_\_ et a produit des rapports de la Dre O.\_\_\_\_\_ datés des 12 août 2022 et 5 novembre 2023. Le premier évoquait une péjoration progressive dès mars 2022 et une situation devenant inquiétante en mai 2022, tandis que le second mentionnait une péjoration clairement perceptible en août 2022 et une situation devenant inquiétante en juin 2023. Dans les deux cas, la psychiatre traitante a évoqué l'apparition d'idées noires et d'une idéation suicidaire, ainsi que des limitations modérées à significatives dans plusieurs domaines entraînant une incapacité de travail totale sur le plan psychique. Cette péjoration était mise en relation avec la recrudescence des douleurs et la non-reconnaissance de son invalidité. Il convient en premier lieu de relever que le rapport daté du

#### **E. 12**

août 2022 n'a jamais été produit avant le dépôt du recours. Me Hofstetter a indiqué à ce propos dans son mémoire de recours que la Dre O.\_\_\_\_\_ avait bien rédigé ce rapport à cette date et qu'un projet de

- 39 - lettre avait été établi mais jamais envoyé parce que la recourante n'avait pas pu se déterminer, « compte tenu de ses fragilités psychologiques vraisemblablement ». Ces explications ne manquent pas de surprendre, dans la mesure où Me Hofstetter a adressé de nombreux courriers à l'intimé entre le 22 août et le 22 décembre 2022, accompagnés de rapports médicaux établis notamment par le Dr S.\_\_\_\_\_. Il convient également de constater que la recourante a certes été hospitalisée en mars 2022 en raison d'une recrudescence des douleurs, mais que la situation s'est rapidement améliorée. La lettre de sortie du Service C.\_\_\_\_\_ ne mentionnait pas de détresse psychique en lien avec ces douleurs, alors qu'il décrivait d'autres problématiques de santé abordées durant ce séjour. Par ailleurs, l'intervention du Dr S.\_\_\_\_\_ en août 2022 n'a pas été programmée en raison d'une augmentation des douleurs, mais parce qu'il a été consulté pour la première fois en mai 2022 afin de déterminer si certaines douleurs existant de longue date pouvaient faire l'objet d'une prise en charge sur le plan de la neurochirurgie. En outre, cette intervention a eu un effet positif immédiat sur une partie des douleurs, de sorte que l'on ne discerne pas l'aggravation de la situation somatique à laquelle fait allusion le rapport daté du 12 août 2022 pour expliquer une aggravation de l'état psychique dès mars 2022. Il faut également relever que la Dre Q.\_\_\_\_\_, qui a établi des rapports en décembre 2022 et janvier 2023, même si elle a pris note de l'augmentation de la médication prescrite par la psychiatre, n'a pas mentionné d'aggravation de l'état de santé psychique et a conclu à une capacité de travail nulle justifiée uniquement par les limitations liées aux douleurs. Dans ce contexte, la valeur probante du rapport daté du 12 août 2022 est faible. Des remarques de

même nature peuvent être faites sur le rapport du 5 novembre 2023, dans lequel la Dre O.\_\_\_\_\_ a fait remonter le début de l'aggravation de l'état de santé psychique de sa patiente à août 2022. A cela s'ajoutent les commentaires apportés par le Dr B.\_\_\_\_\_ dans ses avis SMR des 12 janvier et 4 juin 2024 sur les éléments médicaux mentionnés par la Dre O.\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 12 août 2022, 5 novembre 2023 et 13 mars 2024 pour décrire l'aggravation alléguée. Il a en particulier noté l'absence de réelle modification de la prise en charge avant novembre 2023, tandis que

- 40 - l'évaluation de la capacité de travail proposée par la Dre O.\_\_\_\_\_ relevait d'une approche bio-psycho-sociale, contrairement à l'appréciation faite par les experts de N.\_\_\_\_\_. En l'absence de rapport médical fourni en temps réels à l'intimé par la recourante ou par la Dre O.\_\_\_\_\_ entre août 2022 et novembre 2023, ni modification importante de la prise en charge et de la médication avant novembre 2023, la péjoration durable et la gravité alléguée ne sont pas rendues vraisemblables. Il paraît en outre inconcevable que la psychiatre traitante, alors qu'elle savait qu'une procédure d'invalidité était en cours, n'ait pas informé spontanément l'intimé ou le mandataire de sa patiente durant le premier semestre 2023 que la péjoration observée en août 2022 perdurait et devenait préoccupante, respectivement qu'elle ait attendu près de 15 mois avant d'envisager l'adaptation de la prise en charge d'une patiente présentant des idées suicidaires inquiétantes. Les explications données par la Dre O.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 octobre 2024, à savoir un suivi à distance en raison d'une absence prolongée entre avril 2022 et novembre 2023, sont contradictoires et ne permettent pas de justifier un tel délai pour agir concrètement face au degré de gravité allégué. Ainsi, il peut tout au plus être admis que l'état de santé psychique de la recourante a justifié une adaptation du dosage de sa médication durant le second semestre 2022. Or, une décompensation passagère après réception d'une décision de l'OAI ne permet pas la reconnaissance d'une atteinte durablement invalidante, d'autant plus qu'elle résulte d'un facteur non médical étranger à la notion d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a). En conséquence, il faut retenir qu'une péjoration de l'état de santé psychique de la recourante entre l'expertise de N.\_\_\_\_\_ et la décision litigieuse n'est pas démontrée au stade de la vraisemblance prépondérante. Cela étant, si l'on ne peut inférer des pièces médicales postérieures à la décision une péjoration durable de l'état de santé avant qu'intervienne ladite décision, il n'est pas exclu que les constats médicaux détaillés qu'ils contiennent ne puissent justifier un nouvel examen de la situation prévalant postérieurement à la décision litigieuse. En effet, il

- 41 - n'est pas rare qu'une problématique physique qui se chronicise, voire s'aggrave au fil du temps, finisse par impacter durablement la santé psychique. Il appartiendra cas échéant à la recourante de déposer une demande en ce sens et de démontrer que son état de santé s'est péjoré durablement après octobre 2023. 8. En conséquence, l'intimé pouvait légitimement se fonder sur le rapport d'expertise de N.\_\_\_\_\_ pour rendre sa décision et retenir que la recourante ne disposait plus d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle, mais qu'elle présentait, dans une activité adaptée, une capacité de travail de 50 % dès janvier 2020 puis de 70 % dès juillet 2020. Au stade du recours, l'intéressée n'a formulé aucun grief à l'encontre du calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé. Cela étant, ce calcul paraît conforme aux dispositions légales et jurisprudentielles applicables et peut donc être confirmé. 9. Le dossier est complet et permet à la Cour des assurances sociales de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Le

juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1). 10. a) En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

- 42 - b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. 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.