

## **VD\_GERICHTE ZD24.010174 vom 13. März 2025**

VD Tribunal cantonal, 2025-03-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD24.010174](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.010174)

FR: VD\_GERICHTE ZD24.010174 du 13 mars 2025

IT: VD\_GERICHTE ZD24.010174 del 13 marzo 2025

### **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). c) Tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes 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 ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). 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

- 16 - résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

#### **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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 ; 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves

médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 8C\_91/2023 du 28 septembre 2023 consid. 4.3 et les références citées).

- 17 - c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C\_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, 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). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe 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 ; TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). 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). d) 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 asséculo-logique. 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).

- 18 -

## **E. 6**

Dans le cas particulier, se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise du Centre I. \_\_\_\_\_ du 5 octobre 2023, l'intimé a reconnu à la recourante une pleine capacité de travail dans toute activité, en l'absence d'atteintes à la santé susceptibles d'induire des

limitations fonctionnelles durablement incapacitantes au sens de l'assurance- invalidité. L'intéressée, pour sa part, a réfuté cette analyse en se prévalant de l'avis de ses médecins traitants lui reconnaissant, notamment, un syndrome de Sjögren, un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile et un syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène. a) Sur le plan strictement psychiatrique, l'experte U. \_\_\_\_\_ du Centre I. \_\_\_\_\_ a tout au plus évoqué des traits histrioniques mais n'a, à l'issue de son analyse, retenu aucun diagnostic spécifique et, partant, aucune incapacité de travail corrélative, faisant plus particulièrement état de ressources essentiellement préservées (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 5 octobre 2023 p. 17 ss ; cf. rapport d'évaluation consensuelle du 5 octobre 2023 p. 6 ss). L'examen du dossier, du reste, ne met en évidence aucun élément concret laissant suspecter la présence de troubles psychiques significatifs potentiels ou avérés. La recourante, quant à elle, ne soutient pas – et, a fortiori, ne démontre pas – qu'elle présenterait des atteintes à sa santé psychique. Au vu de ces circonstances, on peut raisonnablement conclure in casu à l'absence d'atteinte à la santé psychique susceptible de se répercuter sur la capacité de travail de l'assurée. b) Le point de savoir si la recourante présente des atteintes somatiques, voire psychosomatiques, susceptibles d'influencer sa capacité de travail doit, en revanche, faire l'objet d'une approche plus nuancée. aa) A cet égard, il convient tout d'abord de relever que les experts du Centre I. \_\_\_\_\_ n'ont décelé aucune atteinte incapacitante sous l'angle de la médecine interne (cf. rapport d'expertise de médecine

- 19 - interne du 5 octobre 2023 p. 17ss), ce qui n'est pas contesté et n'apparaît du reste pas contestable en l'état. bb) Les experts du Centre I. \_\_\_\_\_ n'ont pas davantage retenu d'incapacité de travail liée à une atteinte neurologique (cf. rapport d'expertise neurologique du 5 octobre 2023 p. 15 ss ; cf. rapport d'évaluation consensuelle du 5 octobre 2023 p. 5 ss). L'expert CC. \_\_\_\_\_ a plus précisément fait mention d'un examen neurologique normal (cf. rapport d'expertise neurologique du 5 octobre 2023 p. 14 s.), rejoignant à cet égard les appréciations précédemment émises par le Dr W. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 24 janvier 2022) puis par les Dres D. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 20 septembre 2022). L'expert CC. \_\_\_\_\_ a tout au plus diagnostiqué un trouble du sommeil sévère non investigué, marqué par une hypersudation et une agitation, mais sans hypersomnie diurne, ainsi que des migraines très modérées, peu fréquentes, compatibles avec les anomalies révélées à l'imagerie et traitées par triptans (cf. rapport d'expertise neurologique du 5 octobre 2023 pp. 10, 11 et 16). Il n'y a associé aucune limitation fonctionnelle concrète et, d'un point de vue strictement neurologique, rien au dossier ne vient mettre à mal cette analyse. Peu importe notamment la limitation de la capacité de travail à 20 % signalée le 29 septembre 2022 par la Dre X. \_\_\_\_\_. D'une part, ce taux repose essentiellement sur les seuls symptômes – par définition subjectifs – décrits par la patiente en lien avec ses symptômes douloureux, dont la Dre X. \_\_\_\_\_ n'a du reste pas été en mesure de déterminer concrètement l'étiologie. D'autre part, la fréquence des migraines mentionnée par la Dre X. \_\_\_\_\_, à raison de douze à treize jours de céphalées par mois (cf. rapport du 29 septembre 2022), se réfère à une époque où la prise de triptans (sous forme de Zomig) n'était qu'occasionnelle (cf. rapport des Dres D. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ du 20 septembre 2022 p. 2), alors même que l'expert CC. \_\_\_\_\_ a indiqué en 2023 que la symptomatologie s'était améliorée sous triptans, médication dont la prise était fréquente mais pourrait probablement être limitée par le recours à un médicament alternatif

- 20 - (Topamax) proposé par le médecin traitant (cf. rapport d'expertise neurologique du 5 octobre 2023 pp. 10, 11 et 16). On notera également, au demeurant, que l'hypothèse d'une

neuropathie des petites fibres évoquée par la Dre R. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 21 janvier 2021 p. 4) a été clairement réfutée par les neurologues du Centre hospitalier C. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 20 septembre 2022 p. 4) et ne figure pas davantage parmi les pistes envisagées par l'expert CC. \_\_\_\_\_. En d'autres termes, rien dans les avis médicaux soumis à la Cour de céans n'incite à s'écarter des conclusions de l'expertise du Centre I. \_\_\_\_\_, en tant qu'elles nient l'existence d'une atteinte neurologique susceptible d'influencer significativement et durablement la capacité de travail de l'assurée. cc) L'expert rhumatologue AA. \_\_\_\_\_ du Centre I. \_\_\_\_\_ a conclu, pour sa part, à un tableau polyalgique induit par une vaccination anti-COVID pendant quelques jours ou quelques semaines, au maximum quelques mois, mais n'entraînant pas d'incapacité de travail durable (cf. rapport d'expertise rhumatologique du 5 octobre 2023 p. 20 ; cf. rapport d'évaluation consensuelle du 5 octobre 2023 p. 5). L'expert AA. \_\_\_\_\_ a par ailleurs exclu la présence d'une atteinte rhumatologique spécifique et réfuté les différents syndromes évoqués par les médecins traitants de l'assurée. C'est ainsi que la symptomatologie algique persistante plus généralement rapportée par l'intéressée a, en définitive, été rattachée au volet psychosomatique – sous l'angle d'un syndrome douloureux diffus chronique sans substrat organique évident, respectivement d'un syndrome douloureux somatoforme persistant en présence d'une détresse psychologique légère (et non incapacitante) en lien avec des plaintes somatiques non entièrement expliquées évoluant depuis une vaccination anti-COVID-19, sans conséquence du point de vue de la capacité de travail de l'intéressée (cf. rapport d'expertise rhumatologique du 5 octobre 2023 p. 20 ; cf. rapport d'expertise psychiatrique du 5 octobre 2023 p. 18 ; cf. rapport - 21 - d'évaluation consensuelle du 5 octobre 2023 p. 6). Il apparaît, au demeurant, que l'éventualité d'une atteinte psychosomatique avait déjà été envisagée précédemment – sous forme de fibromyalgie (cf. rapport de la Dre R. \_\_\_\_\_ du 21 janvier 2022) ou de syndrome douloureux chronique (cf. rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 4 août 2022 et rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 3 octobre 2022). Avant même toute analyse de la capacité de travail de la recourante sur un plan rhumatologique ou psychosomatique, il convient donc, d'un point de vue diagnostique, de déterminer si le raisonnement développé dans l'expertise du Centre I. \_\_\_\_\_ peut être suivi. aaa) Dans le cadre de son appréciation, l'expert AA. \_\_\_\_\_ a plus particulièrement observé qu'un éventuel rhumatisme inflammatoire avait été écarté à juste titre par les différents rhumatologues intervenus jusqu'alors (cf. rapport d'expertise rhumatologique du 5 octobre 2023 p. 19 ; cf. rapport d'évaluation consensuelle du 5 octobre 2023 p. 4) – notamment la Dre R. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 21 janvier et 7 avril 2022), les Drs Z. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'échographie du 7 avril 2022) et le Dr N. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 4 août 2022). Ce point n'est d'ailleurs pas disputé. bbb) Par ailleurs, l'expert AA. \_\_\_\_\_ a réfuté l'existence d'un syndrome de Sjögren (cf. rapport d'expertise rhumatologique du 5 octobre 2023 p. 19 ; cf. rapport d'évaluation consensuelle du 5 octobre 2023 p. 4 s.), soit une pathologie auto-immune habituellement caractérisée par une sécheresse oralo-buccale ou par des manifestations systémiques de présentation variable (cf. Alexandre Dumusc/Camillo Ribbi, Syndrome de Sjögren : du diagnostic au traitement, in Revue médicale suisse 2021, vol. 17, p. 477). Il convient de rappeler ici qu'un tel syndrome a été retenu par les Drs G. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ dans un rapport du 16 janvier 2023, sur la base d'un bilan immunologique ayant mis en évidence des anticorps anti- nucléaires positifs à « 1/160 avec présence d'anti-SSA 52KDa », qu'une

- 22 - confirmation était attendue au moyen d'une biopsie des glandes salivaires accessoires, mais que le Dr Q. \_\_\_\_\_ a finalement validé le diagnostic susdit le 29 mars 2023 nonobstant l'absence de biopsie disponible, dans un contexte de syndrome sec subjectif avec anti-SSA 52KDa positifs. Pour sa part, l'expert AA. \_\_\_\_\_ a cependant relevé que l'examen ne montrait aucun signe en faveur d'un syndrome sec oculaire, buccal ou cutané, que par ailleurs les anticorps anti-nucléaires étaient positifs à 1/160 chez l'assurée alors qu'ils devaient être positifs à 1/320 pour être pertinents d'un point de vue diagnostique et que c'étaient de surcroît les anti-SSA 60 KD – et non 52 KD – dont il y avait lieu de compte à cet égard (cf. rapport d'expertise rhumatologique du 5 octobre 2023 p. 19 ; cf. rapport d'évaluation consensuelle du 5 octobre 2023 p. 4 s.). De fait, la Cour de céans observe que l'assurée a nié toute sécheresse buccale ou oculaire tant devant l'expert rhumatologue du Centre I. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise rhumatologique du 5 octobre 2023 p. 10 s.) que devant les neurologues du Centre hospitalier C. \_\_\_\_\_ (cf. rapport des Dres D. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ du 20 septembre 2022 p. 2). L'éventualité même d'un syndrome sec a, du reste, été réfutée dans l'anamnèse résultant du rapport du 16 janvier 2023 établi par les Drs G. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ (p. 2 : « Sur le plan ORL, il n'y a pas de syndrome sec »). On ne peut dès lors que douter du syndrome sec subjectif évoqué par le Dr Q. \_\_\_\_\_ le 29 mars 2023. Pour le reste, il ne revient certes pas à la Cour de céans de trancher les divergences d'opinions médicales concernant l'identification et le dosage des anticorps antinucléaires pertinents. Il suffit, à cet égard, de constater qu'un syndrome de Sjögren doit généralement être diagnostiqué selon les critères établis en 2016 par l'American College of Rheumatology (ACR) et l'European League Against Rheumatism (EULAR), qui reposent sur la pondération de différents paramètres (sialadénite lymphocytaire focale avec focus score  $\geq 1$  ; présence d'anticorps anti-SSA ; ocular straining score  $\geq 5$  ou score de van Bijsterveld  $\geq 4$  ; test de Schirmer  $\leq 5$  mm/5 min ; flux salivaire total non stimulé  $\leq 0,05$  ml/5 min [cf. Dumusc/Ribi, op. cit., p. 477 s.]). Force est cependant de relever qu'en l'espèce, les médecins du Service d'immunologie du Centre hospitalier C. \_\_\_\_\_ ont certes retenu

- 23 - l'existence de quatre points selon les critères ACR-EULAR 2016 (cf. rapport des Drs G. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ du 16 janvier 2023 p. 1 ; cf. rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 29 mars 2023) mais qu'ils n'ont cependant pas étayé cette question et ont uniquement, dans le cadre de leur appréciation, mis en avant l'aspect sérologique qui n'est toutefois pas décisif à lui seul. Plus spécifiquement, les Drs G. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ ont fait état d'analyses dans la norme s'agissant de la sécrétion lacrymale (test de Schirmer) et du flux salivaire (sialométrie), et n'ont de surcroît fait aucune référence à d'éventuels infiltrats inflammatoires (sialadénite). A cela s'ajoute encore qu'aucune vérification diagnostique n'a pu être effectuée par le biais d'une biopsie des glandes salivaires, l'assurée s'étant opposée à la réalisation d'un tel examen (cf. rapport d'expertise rhumatologique du 5 octobre 2023 pp. 11 et 19 ; cf. rapport d'évaluation consensuelle du 5 octobre 2023 p. 5). Dans ces conditions, on ne peut que se rallier à l'expert AA. \_\_\_\_\_ pour retenir que les éléments au dossier sont, en l'état, insuffisants pour conclure à un syndrome de Sjögren. ccc) La présence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos est par ailleurs controversée. aaaa) D'un point de vue contextuel, il convient préalablement de relever que le syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile est généralement diagnostiqué sur la base de différents critères – axés autour du score d'hypermobilité de Beighton, de la présence de manifestations extra-articulaires en faveur d'une atteinte généralisée du tissu conjonctif, de la mise en évidence d'une anamnèse familiale positive, de la présence de douleurs musculo-squelettiques et de l'absence d'arguments en faveur d'une autre pathologie du tissu conjonctif à même

d'expliquer le tableau clinique (voir à ce propos le descriptif disponible sur le site internet du Service d'immunologie et d'allergie du Centre hospitalier C. \_\_\_\_\_, <https://www.chuv.ch/en/ial/ial-home/personnel-de-la-sante/nos-poles-dexcellence-clinique/maladies-rares>). En particulier, le score de Beighton, coté sur neuf points, vise à permettre l'évaluation de l'hypermobilité de quatre paires d'articulations (auriculaires [dorsiflexion passive du cinquième doigt ■ 90°], pouces [flexion passive du pouce sur l'avant-bras],

- 24 - coudes [hyperextension du coude au-delà de 10°] et genoux [hyperextension du genou au-delà de 10°]) et de la colonne vertébrale (flexion du tronc permettant de poser les mains à plat), le score étant considéré comme positif à partir d'une cotation de 6/9 en dessous de douze ans, de 5/9 entre douze et cinquante ans et de 4/9 au-delà de cinquante ans (cf. Frédéric Barbey, Le syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile [SEDh], colloque du 21 mai 2021, diapositive 13, disponible sur le site internet de la Revue médicale suisse <https://www.revmed.ch/colloques/syndrome-d-ehlers-danlos2>). bbbb) L'expert AA. \_\_\_\_\_, pour sa part, a réfuté la présence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Il a en particulier relevé qu'il n'y avait aucune hypermobilité articulaire et que le score de Beighton se situait tout au plus à 1 en lien avec la souplesse du rachis (cf. rapport d'expertise rhumatologique du 5 octobre 2023 pp. 16 et 19 ; cf. rapport d'évaluation consensuelle du 5 octobre 2023 p. 5). Dans le cadre des constatations résultant de son examen clinique, l'expert a plus précisément indiqué que l'extension du cinquième doigt était possible jusqu'à 80° des deux côtés, que l'expertisée ne pouvait pas toucher ses avant-bras avec ses pouces, qu'une amplitude de 0° était mesurée pour l'extension des coudes et des genoux et qu'enfin la mise en antéflexion du tronc permettait presque de placer les mains à plat au sol sans plier les genoux (cf. rapport d'expertise rhumatologique du 5 octobre 2023 p. 16). L'expert AA. \_\_\_\_\_ a par ailleurs constaté que l'aspect de la peau était normal, sans hyper extensibilité, et qu'il n'y avait pas de vergetures larges (en dehors d'une zone d'abdominoplastie), de papules piézogéniques des talons, de hernie abdominale, d'aspect atrophique des cicatrices, de notion de prolapsus pelvien, d'arachnodactylie ou de chevauchement dentaire, notant uniquement que le palais était étroit (cf. rapport d'expertise rhumatologique du 5 octobre 2023 pp. 15 s. et 19 ; cf. rapport d'évaluation consensuelle du 5 octobre 2023 p. 5). L'expert AA. \_\_\_\_\_ a de surcroît mentionné, dans le cadre de l'anamnèse établie sur la base des dires de l'assurée, que plusieurs entorses de cheville étaient certes survenues dans l'enfance mais qu'il n'y

- 25 - en avait plus depuis l'adolescence (cf. rapport d'examen rhumatologique du 5 octobre 2023 p. 12) et que, plus généralement, il n'y avait jamais eu de luxation ou d'élément en faveur d'une franche instabilité articulaire (cf. rapport d'examen rhumatologique du 5 octobre 2023 p. 19 ; cf. rapport d'évaluation consensuelle du 5 octobre 2023 p. 5). Toujours sur la base des indications fournies par l'assurée au cours de l'entretien réalisé le 24 juillet 2023, l'expert AA. \_\_\_\_\_ a relevé qu'il n'y avait pas d'histoire évocatrice chez un proche du premier degré, étant précisé que la mère de l'assurée avait été vue par le Dr S. \_\_\_\_\_ mais que ce dernier ne lui avait pas reconnu de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (cf. rapport d'expertise rhumatologique du 5 octobre 2023 pp. 11 et 19 ; cf. rapport d'évaluation consensuelle du 5 octobre 2023 p. 5). En tant que telle, l'appréciation de l'expert AA. \_\_\_\_\_ repose sur des explications circonstanciées et dûment motivées. Il y a lieu d'examiner, à ce stade, si les conclusions de l'expert rhumatologue sont remises en question par d'autres avis médicaux au dossier. cccc) Le Dr S. \_\_\_\_\_, de son côté, a

validé le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile chez l'assurée. Dans un premier temps, aux termes d'un rapport du 13 janvier 2023, ce médecin a décrit un syndrome d'hypermobilité articulaire modéré avec un score de Beighton à 5/9, soit « 2 auriculaires, 2 genoux, coude G », étant cependant précisé que seules les mesures relatives au coude gauche et aux genoux figurent dans ledit rapport (cf. rapport du 13 janvier 2023 p. 3). Le Dr S. \_\_\_\_\_ a par ailleurs mentionné, sans autre précision, une peau douce et légèrement hyper extensible, des cicatrices atrophiques, des papules piézogéniques aux talons, ainsi que des chevauchements dentaires avec un palais haut et étroit (cf. rapport du 13 janvier 2023 p. 3). Il a de surcroît évoqué des entorses récidivantes (cf. rapport du 13 janvier 2023 p. 1) et a affirmé qu'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile était suspecté à tout le moins chez les deux fils de l'assurée, « tous deux étant souples avec de multiples douleurs » (cf. rapport du 13 janvier 2023 pp. 2 s.). Les éléments ainsi mis en exergue

- 26 - par le Dr S. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 janvier 2023 s'inscrivent, certes, dans le cadre des signes cliniques usuellement pertinents pour permettre le diagnostic d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (cf. consid. 6c/cc/ccc/aaaa supra) mais ne reposent pas, en revanche, sur un raisonnement médical suffisamment détaillé et étayé permettant d'asseoir objectivement les éléments mentionnés. Dans un second temps, au cours de la procédure judiciaire, la recourante a versé au dossier deux rapports du Dr S. \_\_\_\_\_, datés respectivement des 5 mars 2024 et 4 mai 2024, aux termes desquels ce dernier médecin a détaillé les éléments cliniques l'amenant à retenir un diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile dans le cas particulier. Dans le cadre de ses rapports, le Dr S. \_\_\_\_\_ a notamment précisé les mesures l'amenant à retenir un score de Beighton de 5/9, soulignant à cet égard – photographies à l'appui – que la dorsiflexion des deux auriculaires était possible à plus de 90° et que l'extension atteignait 12° pour le coude gauche et 11° pour les deux genoux (cf. rapport du 5 mars 2024 p. 2 et rapport du 4 mai 2024 p. 1). Il a par ailleurs fourni des clichés illustrant, selon lui, des papules piézogéniques aux talons gauche et droit, des cicatrices atrophiques, une extension cutanée atteignant plus de deux centimètres et demi au niveau du coude et de l'avant-bras gauches, ainsi qu'un palais haut et étroit avec des chevauchements dentaires (cf. rapport du 5 mars 2024 p. 2). Enfin, il a relevé qu'aucun autre membre de la famille de la recourante ne s'était pour l'heure vu diagnostiquer un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile et que le critère diagnostique y relatif n'était conséquemment pas rempli pour l'instant, mais que des investigations allaient prochainement être menées pour l'un des fils de l'intéressée, ceux-ci présentant tous deux « de nombreux symptômes et signes évocateurs de SED » (cf. *ibid.*). Ces éléments ont été soumis à la Dre O. \_\_\_\_\_ du SMR, laquelle a estimé dans des avis des 9 avril et 29 mai 2024 que les clichés produits n'étaient pas interprétables, que l'utilisation d'un goniomètre pour les mesures d'extension articulaire ne permettait pas d'obtenir des résultats précis et qu'aucun élément susceptible de remettre en question l'expertise du Centre I. \_\_\_\_\_ n'avait en définitive été apporté. Ce faisant, la Dre O. \_\_\_\_\_ s'est cependant

- 27 - contentée de prendre position sur la lisibilité et l'origine des mesures invoquées par le Dr S. \_\_\_\_\_, soit des éléments purement formels, sans expliquer en revanche si les observations émises par le Dr S. \_\_\_\_\_ au cours de la procédure judiciaire étaient concrètement susceptibles, d'un point de vue médical, de mettre à mal les conclusions de l'expert AA. \_\_\_\_\_. Il apparaît, en d'autres termes, que les constatations médicales résultant des rapports du Dr S. \_\_\_\_\_ des 5 mars et 4 mai 2024 ont été écartées trop sommairement par le SMR. Certes, certaines constatations figurant dans les rapports susdits

du Dr S. \_\_\_\_\_ paraissent d'emblée discutables – en particulier l'assertion selon laquelle le rachis ne serait pas directement concerné par le score de Beighton (cf. rapport du 5 mars 2024 p. 2), alors même que la flexion du tronc constitue l'un des éléments à prendre en compte (cf. Barbey, op. cit., diapositive 13). Il n'en demeure pas moins que par le biais de ses rapports des 5 mars et 4 mai 2024, le Dr S. \_\_\_\_\_, photographies à l'appui, a mis en avant des angles articulaires supérieurs – essentiellement d'un à deux degrés – aux seuils retenus pour la validation du score de Beighton et a confirmé la présence de signes cliniques évocateurs de manifestations extra-articulaires usuellement associées au syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, mentionnant de surcroît des investigations imminentes à l'égard d'un parent au premier degré (à savoir l'un des fils de la recourante, aucun diagnostic n'étant en revanche posé ou suspecté à l'égard de la mère de l'intéressée, contrairement aux allégations formulées dans les objections du 28 novembre 2023). A ce jour, aucun avis médical ne permet d'évaluer ces éléments – notamment, de savoir dans quelle mesure les constatations du Dr S. \_\_\_\_\_ sont objectivement étayées et médicalement significatives – et de déterminer s'ils sont de nature à modifier les conclusions de l'expert AA. \_\_\_\_\_. Ces constatations devront donc être soumises à l'expert afin qu'il se détermine et précise si ces éléments sont de nature à modifier ses conclusions en justifiant sa réponse de manière argumentée. En sus de ces éléments, un nouveau fait permettant de confirmer ou d'infirmer le critère de l'anamnèse familiale positive est en cours d'investigation, de sorte que le résultat de ces investigations (s'il existe) devra être requis et être intégré dans l'appréciation complémentaire de l'expert.

- 28 - dddd) Pour le surplus, les autres avis médicaux au dossier ne renferment aucun élément objectif permettant de trancher la question de savoir si la recourante présente ou non un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Notamment, les Drs G. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ se sont contentés de mentionner une hyperlaxité ligamentaire dans le passé et d'évoquer un score de Beighton à 6/9 (cf. rapport du 16 janvier 2023), sans toutefois étayer concrètement leurs assertions ; ils ont du reste fait état, sans autre précision, de papules piézogéniques aux deux chevilles (cf. ibid.), alors que de telles papules sont usuellement attendues aux talons dans le contexte du syndrome d'Ehlers-Danlos (cf. Barbey, op. cit., diapositive 15). On ne saurait par ailleurs s'arrêter sur le fait que la Dre E. \_\_\_\_\_, sollicitée à la demande d'Y. \_\_\_\_\_, se soit ralliée le 26 février 2023 à l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_ concernant le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile ; la Dre E. \_\_\_\_\_ s'est en effet contentée d'une référence lapidaire à ce diagnostic, sans motiver sa position. De même, l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_ du 1er mars 2024 n'est pas davantage motivé. En revanche, il y a lieu de relever que dans leur rapport du 16 janvier 2023, les Drs G. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ ont mentionné qu'un questionnaire de dépistage du syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile avait été envoyé à l'assurée et que celle-ci serait ensuite convoquée, en fonction des résultats, en vue d'une évaluation spécialisée auprès du Dr J. \_\_\_\_\_ au Centre hospitalier C. \_\_\_\_\_. A ce propos, l'expert AA. \_\_\_\_\_ a indiqué, sur la base des explications fournies par l'assurée lors de l'examen du 24 juillet 2023, que le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile avait été confirmé secondairement au Centre hospitalier C. \_\_\_\_\_ et que l'intéressée aurait dû participer à un atelier organisé par le Dr J. \_\_\_\_\_ mais qu'elle avait dû annuler son rendez-vous et le reporter à l'automne 2023 (cf. rapport d'expertise rhumatologique du 5 octobre 2023 p. 11). C'est donc en ignorant la suite de ces développements, tels que rapportés par la recourante, que l'expert AA. \_\_\_\_\_, se fondant sur son analyse du cas, a réfuté le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Ce nonobstant, on doit admettre

- 29 - qu'afin d'instruire l'affaire de manière complète, l'OAI aurait dû, avant de statuer, chercher à interpellier la consultation spécialisée du Dr J. \_\_\_\_\_ et soumettre le résultat de cette interpellation à l'expert AA. \_\_\_\_\_ pour avis complémentaire. En l'état, il s'agira de requérir ces informations médicales avant de soumettre le dossier à l'expert pour complément d'expertise afin qu'il puisse en tenir compte dans son appréciation. eeee) En l'état du dossier, compte tenu des nouvelles constatations du médecin traitant et de certains griefs formulés à l'encontre de l'expertise, la Cour de céans n'est pas en mesure de se positionner à satisfaction de droit quant au point de savoir si le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos doit ou pas être retenu dans le cas particulier et s'il est susceptible, le cas échéant, d'impacter la capacité de travail de la recourante. Il conviendra de confronter l'expert aux nouvelles observations du médecin traitant afin qu'il intègre ces éléments dans son appréciation. Concernant au surplus les éventuelles répercussions d'une telle atteinte, la Cour se doit de souligner que nonobstant les nombreuses limitations quotidiennes décrites par la recourante et attribuées par cette dernière au syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (cf. mémoire de recours du 6 mars 2024 et réplique du 11 mai 2024), il appert néanmoins que l'intéressée a entrepris en 2023 une activité aux côtés de sa [...] [...] (cf. rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 13 janvier 2023 p. 2 ; cf. courrier de l'assurée du 27 janvier 2023 ; cf. rapport d'expertise rhumatologique du 5 octobre 2023 p. 15), parallèlement à son travail d'infirmière indépendante auprès de cinq à six patients par semaine (cf. mémoire de recours du 6 mars 2024 p. 2). Des données répertoriées au registre du commerce vaudois, librement accessibles, il résulte plus particulièrement que la recourante occupe la fonction d'associée gérante présidente au sein de la société [...] Sàrl, entité inscrite le 13 janvier 2023 au registre du commerce et dont le siège social coïncide avec l'adresse de l'assurée ( [...], à [...]). La consultation du site internet lié au [...], exploité par la société susdite et où sont proposés formations et événements divers autour de l'accompagnement de personnes, met par ailleurs en évidence

- 30 - que la recourante est non seulement membre du comité mais également unique responsable dudit centre et co-responsable pédagogique, occupant de surcroît un rôle d'enseignante (cf. site internet [...]). De tels éléments apparaissent par conséquent, en l'état du dossier, difficilement conciliables avec les dires de l'assurée selon lesquels elle ne serait « plus en mesure physiquement de tenir dans une activité quelle qu'elle soit » (cf. mémoire de recours du 6 mars 2024 p. 2). Or cet élément n'a, à ce jour, pas été intégré à l'analyse. ddd) Le Dr S. \_\_\_\_\_ et l'expert AA. \_\_\_\_\_ ont également défendu des positions divergentes à l'égard du diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial, retenu par le premier et nié par le second. Initialement, le Dr S. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène bilatéral, relevant sur le plan clinique que les tests d'Adson, de Wright, de Falconner, de Roos et de Morley étaient positifs sur le plan neurogène à droite (et à gauche pour les tests de Falconner et Roos), mais que le test d'Allen était négatif (cf. rapport du 13 janvier 2023 p. 2). L'expert AA. \_\_\_\_\_, pour sa part, a exposé qu'il n'avait pas trouvé d'argument en faveur d'un syndrome du défilé thoraco-brachial, l'examen clinique s'avérant normal (cf. rapport d'examen rhumatologique du 5 octobre 2023 pp. 16 et 20 ; cf. rapport d'évaluation consensuelle du 5 octobre 2023 p. 5) ; il a en particulier précisé que les manœuvres de Roos, de Wright et de Chandelier avaient débouché sur des résultats négatifs (cf. rapport d'examen rhumatologique du 5 octobre 2023 p. 16). Au cours de la présente procédure judiciaire, le Dr S. \_\_\_\_\_ a considéré que l'expert AA. \_\_\_\_\_ avait exclu un syndrome du défilé thoraco-brachial artériel mais non pas neurogène, diagnostic qu'il a conséquemment maintenu en soulignant

que la recourante présentait des résultats positifs aux cinq tests usuellement pratiqués pour retenir une telle atteinte (cf. rapport du 5 mars 2024 pp. 4 s. et rapport du 4 mai 2024 p. 2). Interpellée à ce propos, la Dre O. \_\_\_\_\_ du SMR a écarté l'appréciation du Dr S. \_\_\_\_\_ au motif que ce dernier avait évoqué des tests positifs sans les étayer et, notamment, sans décrire la symptomatologie déclenchée (cf. avis SMR du 9 avril 2024). Ce faisant, la

- 31 - Dre O. \_\_\_\_\_ n'a cependant pas pris position sur la typologie de l'atteinte – artérielle ou neurogène – examinée par l'expert AA. \_\_\_\_\_. Il est certes admissible que l'expert renonce à effectuer plusieurs examens lorsqu'il a écarté la positivité de trois tests, étant précisé que le diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial nécessite la positivité à cinq tests spécifiques (Adson, Allen, Falconner, Wright, Roos ; TF 8C\_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 6.2.2). Cela étant, il n'est en l'état pas possible de confirmer que l'examen réalisé par l'expert vaut tant pour le syndrome du défilé thoraco-brachial neurologique qu'artériel, ni même de préciser quelle forme du syndrome a été examinée par l'expert. L'expert AA. \_\_\_\_\_ devra ainsi être interpellé sur cette question afin qu'il clarifie son avis avant de pouvoir retenir ou exclure le diagnostic en question. Sous cet angle également, l'instruction devra donc être complétée par une interpellation de l'expert rhumatologue, afin de déterminer si le diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial est ou non pertinent dans le cas particulier et, le cas échéant, dans quelle mesure. c) En définitive, compte tenu des nouveaux constats et des remarques quant à l'existence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile et/ou d'un syndrome du défilé thoraco-brachial, la Cour de céans n'est dès lors pas en mesure de statuer sur la base des pièces versées au dossier. Un complément d'expertise paraît nécessaire, ainsi que quelques mesures d'instruction préalables.

## **E. 7**

a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsqu'un élément médical

- 32 - déjà relevé doit encore être clarifié par une expertise (dans son ensemble ou dans des parties essentielles) ou que les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 11 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Au demeurant il appartient en premier lieu à l'administration de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants, et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 132 V 368 consid. 5 ; TF 8C\_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 11.2 ; TF 8C\_696/2022 du 2 juin 2023 consid. 4.5). b) En l'occurrence, de nouveaux éléments ont été apportés au cours de la présente procédure judiciaire, s'agissant du syndrome d'Ehlers-Danlos et du syndrome du défilé thoraco-brachial, qui sont susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expert rhumatologue. Ce dernier ne s'est toutefois pas prononcé à leur sujet alors qu'il s'était déjà déterminé sur des rapports médicaux antérieurs du Dr S. \_\_\_\_\_, dont il avait relevé les

constats avant de les rejeter. L'expert rhumatologue devra ainsi être interpellé afin qu'il se détermine sur les différents points relevés plus haut qui sont nouveaux et sur ceux qui nécessitent un éclaircissement afin que les diagnostics susdits puissent être définitivement vérifiés ou réfutés, de même que leur éventuel caractère invalidant. Cependant, avant de mettre en œuvre un complément d'expertise, il conviendra de compléter le dossier en requérant production des résultats de l'évaluation du syndrome d'Ehlers- Danlos hypermobile effectuée au Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ à la suggestion des Drs G.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ et de s'enquérir de la procédure de dépistage évoquée par le Dr S.\_\_\_\_\_ et la recourante à l'égard de l'un des fils de cette dernière. Il y a par conséquent lieu de renvoyer la cause à l'autorité intimée, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le

- 33 - domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Après avoir complété le dossier, il incombera ainsi à l'intimé de soumettre le fruit de ces investigations ainsi que les rapports du Dr S.\_\_\_\_\_ des 5 mars 2024 et 4 mai 2024 à l'expert rhumatologue afin qu'il complète et clarifie son appréciation, puis qu'il indique pour quels motifs il écarte, cas échéant, les points mis en exergue par le médecin traitant. Cela fait, il appartiendra à l'intimé de statuer à nouveau sur les prétentions de la recourante.

#### **E. 8**

a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant retournée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. 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 intimée, vu le sort du recours. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante qui a procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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