

VD_FINDINFO AI 166/10 - 75/2011 vom 18. Januar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-01-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_166_10_-_75_2011

FR: VD_FINDINFO AI 166/10 - 75/2011 du 18 janvier 2011

IT: VD_FINDINFO AI 166/10 - 75/2011 del 18 gennaio 2011

Regeste

RAPPORT MÉDICAL, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX,
FIBROMYALGIE | 28 al. 2 LAI, 28a LAI, 16 LPGGA, 7 LPGGA, 8 LPGGA

Erwägungen

E. 18

janvier 2011 _____ Présidence de M. Abrecht Juges :
MM. Schmutz et Zbinden, assesseurs Greffière : Mme Barman ***** Cause
pendante entre : W. _____, à Villars-sous-Yens, recourante, représentée par Me
Philippe Graf, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR
LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 7 et 8 LPGGA; 28 et 28a
LAI E n f a i t : A. a) W. _____ (ci-après: l'assurée), née le 21 juillet 1960, mariée et
mère de trois filles, enseignante spécialisée, a déposé le 31 août 2009 une demande de
prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de
Vaud (ci-après: l'OAI). Sur une formule signée le 14 septembre 2009, elle a déclaré qu'en
bonne santé, elle travaillerait à 75%. b) Dans un rapport médical du 18 octobre 2009 adressé
à l'OAI, le Dr L. _____, médecin à [...], médecin traitant de l'assurée, a posé les
diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de "Syndrome de fatigue
chronique = Neurasthénie F48.0", existant depuis janvier 2008, de migraines récurrentes de
prédominance gauche, de troubles du sommeil et d'angoisses récurrentes; il a attesté d'une
incapacité de travail en tant qu'enseignante de 100% du 31 mars 2008 au 29 juin 2008 puis
de 50% dès le 30 juin 2008. c) Dans un rapport d'évaluation de l'OAI établi le 20 octobre
2009 sur la base d'un entretien qui a eu lieu le même jour avec l'assurée, la personne
responsable de l'entretien a notamment exposé ce qui suit: " Etat de santé, limitations : Elle
a été victime d'un épuisement à partir des vacances de Pâques en 2008. Elle n'arrivait qu'à
se lever une heure par jour, passant son temps à se reposer. Les 3 premiers mois ont été
pénibles. Elle a demandé à reprendre à 50%. Actuellement elle parvient à assumer ce taux
mais elle se sent toujours très fatiguée. Les tâches domestiques sont réalisées en partie par
ses 3 filles et son mari lorsqu'elle travaille. Elle a organisé des horaires qui lui permettent
de se reposer. Durant la semaine elle travaille un jour à plein temps, elle peine à assumer ce
jour devant beaucoup se reposer après. Lorsqu'elle travaille elle ne fait pas les repas.
Structure de la journée, réseau de relations, loisirs : Après le travail elle se repose beaucoup,
elle se couche et elle écoute de la musique pendant que sa famille s'affère (sic) aux tâches
domestiques. Elle limite les sorties, ce qui frustre ses enfants qui aimeraient partager des
moments autres que ceux passés à la maison. Elle vit à un rythme lent. Lorsqu'elle ne
travaille pas elle fait un peu de ménage et les repas. Elle transmet posséder un bon réseau
d'amitié néanmoins, elle a besoin de solitude pour se ressourcer. " d) Dans un avis du
Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) du 9 novembre 2009, le Dr D. _____ a

indiqué que comme le syndrome de fatigue chronique était assimilé par la jurisprudence aux syndromes somatoformes douloureux persistants, un examen clinique psychiatrique au SMR était nécessaire afin d'établir s'il existait une comorbidité psychiatrique avec limitations fonctionnelles et quelle était la capacité de travail de l'assurée dans l'activité d'enseignante spécialisée et dans une activité adaptée. Un examen clinique psychiatrique a ainsi été effectué le 30 novembre 2009 au SMR par le Dr S. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'examen clinique psychiatrique du 16 décembre 2009, ce spécialiste a posé le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de neurasthénie (F48.0). De ce rapport, qui contient une anamnèse, le status psychiatrique, les diagnostics et une appréciation du cas, il ressort en particulier ce qui suit:

" APPRÉCIATION DU CAS Assurée de 49 ans, enseignante spécialisée ayant travaillé à 75% jusqu'en 2008. Du 31.03.2008 au 29.06.2006, incapacité de travail à 100%, puis 50% dès le 30.06.2008, pour asthénie. Dans ses antécédents, on note une psychothérapie à la Polyclinique psychiatrique de [...], de 1996 à 2001, pour l'élaboration du vécu d'une IVG de 1988. Par la suite, en 2003, état dépressif léger sans syndrome somatique, en relation avec le suivi pédopsychiatrique de sa fille cadette. En juin 2005, le rapport du Secteur psychiatrique Ouest indique une bonne résolution de la symptomatologie dépressive. En automne 2007, apparition d'une asthénie accompagnée de troubles du sommeil et de vertiges occasionnels, sans idée dépressive, selon les dires de l'assurée, qui conduit à un arrêt de travail du 31.03.2008 au 29.06.2008 puis une reprise à 50% dès le 30.06.2008. L'assurée est suivie par un spécialiste et reçoit du Trittico® 100 mg le soir, ainsi que du Wellbutrin® 300 mg le matin. Dans son rapport du 23.04.2009, le spécialiste écrit que l'assurée « gagne peu à peu plus de résilience », « elle a pu augmenter ses heures de travail », « dans l'ensemble, elle se remet lentement ». Dans l'examen clinique du SMR, on peut relever que l'assurée se plaint principalement d'une asthénie d'origine médicalement non déterminée, ainsi que de douleurs gastro-intestinales qu'elle met en relation avec la gastrite subie au début de l'été 2009, dont elles pourraient être un signe de rechute. Les plaintes de l'assurée sont compatibles avec le diagnostic de neurasthénie posé par son psychiatre: fatigue accrue, diminution des performances professionnelles, diminution de la capacité à affronter les tâches quotidiennes, distractibilité, difficultés de concentration subjectives, dépression et anxiété mineures et fluctuantes, troubles du sommeil. Je ne relève pas de signe en faveur d'une comorbidité psychiatrique invalidante. Les symptômes dépressifs présents chez l'assurée ne sont pas assez intenses et prolongés pour justifier un diagnostic d'état dépressif selon la CIM-10. Actuellement, l'assurée se plaint d'une asthénie sans cause organique décelable et de troubles gastro-intestinaux en cours d'investigation. Elle se sent légèrement déprimée par moments. Elle a du plaisir à travailler, elle apprécie le contact avec ses élèves. Elle a envie de poursuivre son activité professionnelle. Elle aime lire et bricoler. Sa vie sociale est restreinte mais pas absente. Ses relations avec sa famille sont bonnes. Elle peut envisager son avenir d'une manière positive, malgré le manque d'énergie qui l'accable. En septembre 2009, elle a repris la natation une fois par semaine. L'examen du SMR ne met pas en évidence une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensé ayant pour conséquence une atteinte de la capacité de travail de longue durée, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Au vu des renseignements médicaux du dossier et de l'examen clinique, on ne constate pas de trouble psychiatrique invalidant, ni de signes constituant les critères de gravité dits de Mosimann (comorbidité psychiatrique manifeste, affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, état psychique cristallisé,

échec du traitement). L'amélioration signalée par le psychiatre traitant dans son rapport du 23.04.2009 s'est poursuivie, restituant la capacité de travail habituelle de l'assurée dès septembre 2009. Limitations fonctionnelles Au point de vue psychiatrique, aucune Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Depuis le 31.03.2008 selon les rapports du Dr L._____ Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Du 31.03.2008 au 29.06 100% selon les rapports du Dr L._____ Depuis le 30 50% du 75% habituel de l'assurée, selon les rapports du Dr L._____ CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 100% (= LE 75% HABITUEL DE L'ASSURÉE) DEPUIS SEPTEMBRE 2009 DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 100% DEPUIS SEPTEMBRE 2009 " B. a) Le 3 février 2010, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui refusant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, dans lequel il exposait en particulier ce qui suit: " Vous exercez l'activité d'enseignante spécialisée itinérante. Pour des raisons de santé, vous avez présenté une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 1 er avril 2008. Selon l'article 29 al. 1 LAI, 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. Vous avez déposé votre demande le 31 août 2009. La rente ne pourrait donc être allouée que dès le 1 er février 2010. A cette date, vous avez recouvré une pleine capacité de travail dans votre activité habituelle. Des mesures professionnelles ne sont donc pas nécessaires et le droit à la rente n'est pas ouvert. " b) L'assurée a contesté ce projet de décision par courrier du 9 février 2010, en faisant valoir qu'elle ne voyait pas comment elle pourrait actuellement reprendre son travail à temps complet étant donné l'état de fatigue persistant qui l'invalidait depuis près de deux ans. Elle a complété sa contestation par courrier reçu à l'OAI le 12 mars 2010, dans lequel elle se référait à l'avis médical du Dr L._____ et indiquait avoir trouvé un fragile équilibre qui rendait possible une activité à 50%. c) Le 15 mars 2010, l'OAI a rendu une décision de refus de prestations dont la motivation était identique à celle du projet de décision du 3 février 2010. Cette décision était accompagnée d'une lettre explicative également datée du 15 mars 2010, dans laquelle l'OAI indiquait en substance que les conclusions de l'examen clinique psychiatrique du SMR avaient une pleine valeur probante et ne sauraient être remises en cause par l'avis divergent du Dr L._____. C. a) L'assurée a recouru contre cette décision par acte du 27 avril 2010. Elle soutient que l'instruction menée par l'OAI est entachée de trois graves défauts. En premier lieu, malgré le fait que la recourante ait un statut d'active à 75%, et donc de ménagère à 25%, aucune enquête à domicile n'a été mise en œuvre, comme si l'OAI ne prenait pas ce cas au sérieux. Deuxièmement, l'OAI a confondu deux diagnostics distincts – qui sont certes tous deux répertoriés dans la CIM-10 sous troubles névrotiques mais ne figurent pas sous le même titre – en assimilant la neurasthénie (F 48.0) au syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). S'il est vrai qu'une partie de la doctrine souhaiterait voir ces deux diagnostics assimilés, le Tribunal fédéral n'a encore jamais sanctionné une telle assimilation. Le SMR ne pouvait donc pas se contenter de rechercher s'il existait une comorbidité psychiatrique à la neurasthénie dont souffre la recourante, mais aurait bien plutôt dû évaluer l'impact de cette neurasthénie sur sa capacité de travail. Troisièmement et surtout, le rapport d'examen SMR du 16 décembre 2009 est vertement contesté par le Dr L._____, lequel estime que la recourante ne conserve qu'une capacité résiduelle de travail de 50%, de sorte qu'il ne saurait l'emporter sans autre examen et qu'une expertise psychiatrique judiciaire apparaîtrait comme la seule solution. La recourante conclut dès lors, avec suite de frais et dépens, à la réforme de la décision attaquée dans le sens de

l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} février 2010. Alternativement, elle conclut à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision sur la base des conclusions de l'expertise judiciaire mise en œuvre. b) En annexe à son recours, la recourante a produit un courrier adressé le 26 avril 2010 à son conseil par le Dr L. _____, dont il ressort notamment ce qui suit: " Ma patiente susnommée a été examinée le 30 novembre 2009 par le psychiatre Dr S. _____ qui a daté son rapport le 16 décembre 2009. Sur la base de ce rapport l'assurance invalidité a rejeté la demande de Mme W. _____ d'une rente partielle. Je vais d'abord analyser ce rapport et ensuite décrire l'évolution de la patiente jusqu'à aujourd'hui. « Anamnèse psychosociale et psychiatrique » : Il faut compléter et préciser: Suite à l'interruption d'une grossesse gémellaire de siamoises en 1988 la patiente a traversé une dépression avec idées suicidaires. Elle n'était pas en thérapie et ne prenait pas de médicaments. En 1999 suite à l'accident mortel de son frère elle reprenait la psychothérapie sans antidépresseur auprès de la Doctoresse Y. _____ qui avait certifié un arrêt de travail d'une durée de 5 mois. C'est un premier indice d'une neurasthénie. Ses perturbations du sommeil (nuits régulièrement interrompues à plusieurs reprises, réveil de deux heures chaque nuit au milieu de la nuit) ont commencé depuis la mort de son frère. Après avoir travaillé pendant deux ans à 75% elle n'avait plus pu récupérer lors des vacances d'été 2007. En début de l'année scolaire 2007/8 était apparue une fatigue progressive. Elle espérait récupérer lors des week-ends et des vacances d'automne, sans succès. Au courant de l'hiver elle se forçait au maximum et se couchait de plus en plus afin de pouvoir tenir au travail. Le 28.3.2008 elle est venue en thérapie chez moi, pas dépressive mais dans un état d'un épuisement total. L'incapacité de travail à 100[%] s'est étendue du 31.3.2008 au 29.6.2008. Elle a repris son travail à 50% le 30.6.2008, donc juste avant les vacances, lui permettant de reprendre pied à l'école pour lui faciliter la rentrée en août. L'incapacité de travail n'était pas causée par l'opération d'une lithiase vésiculaire par laparoscopie en juin 2008. Concernant les plaintes subjectives l'expert écrit « Actuellement, l'assurée se plaint d'une fatigue constante, d'une fatigabilité accrue, d'une émotivité en relation avec le niveau de fatigue et l'inaction. Elle dit se « shooter » avec l'activité. Elle ressent une tristesse légère en relation avec la fatigue et le stress.» « Vie quotidienne » : L'expert décrit la vie « quand elle ne travaille pas ». Aucun mot sur sa vie quand elle travaille ! « Status psychiatrique » : L'expert n'évoque pas du tout le problème principal de la fatigue chronique ! « Diagnostics » : L'expert reprend mon diagnostic d'une neurasthénie F48.0, mais il le place dans la rubrique « sans répercussion sur la capacité de travail ». « Appréciation du cas » : Je suis d'accord avec l'expert que Mme W. _____ ne présente pas de comorbidités invalidantes. Il n'en a jamais été question dans mes rapports et l'état dépressif apparu au mois de mai 2008 a bien réagi à l'antidépresseur Wellbutin que la patiente continue à prendre. Les critères de gravité dits de Mosimann concernent les troubles somatoformes douloureuses. Or dans la classification CIM-10 la neurasthénie figure dans le chapitre F48 « Autres troubles névrotiques ». Bien que ce trouble comporte des traits partagés avec les troubles somatoformes il se distingue par d'autres aspects cruciaux, raison pour laquelle la CIM-10 les a séparés. La neurasthénie ou syndrome de la fatigue chronique (termes interchangeables) n'est pas douloureux. La qualité fonctionnelle est préservée, mais la quantité est diminuée due à une fatigabilité excessive. On peut comparer ce dysfonctionnement à une batterie usée. Il faut la charger fréquemment (repos fréquents) et ménager son utilisation. Ainsi doivent vivre les personnes atteintes. Elles économisent dans les activités extraprofessionnelles et loisirs pour préserver

les capacités professionnelles. On trouve donc un status psychique normal mis à part un surcroît de fatigue et fatigabilité. La fatigue en soi est une sensation normale. La pathologie consiste dans le rapport excessif entre performance et degré de fatigue. Il s'agit donc d'un problème quantitatif. Or, l'expert n'évalue pas ce point fondamental. [...] L'expertise est lacunaire et superficielle. L'expert dit que « l'amélioration signalée par le psychiatre traitant dans son rapport du 23.4.2009 s'est poursuivie », mais dans son rapport on ne trouve aucun élément qui appuierait cette prétention. Dans mon rapport cité je parle de l'évolution de la patiente depuis le début et de nos démarches afin de récupérer sa capacité de travail, mais je dis aussi en réponse à la question « une reprise du travail à temps complet est-elle envisageable prochainement ? » « Vu la lenteur de l'évolution une augmentation avant la fin de l'année scolaire en cours n'est pas envisageable. Mieux vaut préserver l'acquis que de risquer une péjoration suite à une augmentation prématurée. Quant au pronostic au-delà de l'été 2009 je ne peux pas l'évaluer maintenant » (23.4.2009). La description des plaintes de Mme W. _____ est rudimentaire, le quotidien de sa vie professionnelle inexistant, l'évolution favorable supposée. Il n'y a aucune argumentation médicale qui expliquerait pourquoi ni comment Mme W. _____ pourrait travailler à 100% dans son activité habituelle depuis septembre 2009. Des questions restent sans réponse : En quoi consiste-t-elle l'amélioration depuis avril 2009 ? L'effort fourni depuis l'été 2007 à fin mars 2008 en forçant à l'extrême le maintien de sa capacité de 75% suivi d'un épuisement avec incapacité de travail de 100% pendant 3 mois, s'il fallait le reproduire en suivant le Dr S. _____, quels sont les arguments médicaux que cette fois le résultat sera positif ? Cette enseignante spécialisée qui doit se déplacer en voiture d'une école à l'autre, peut-elle vraiment conduire la voiture dans un état de fatigue paralysante qui devrait arriver suite à une augmentation de son travail ? Est-ce que les dires de la patiente sont crédibles ? Si non, pourquoi pas ? Si oui, quelles sont les arguments médicaux qui démontrent qu'une augmentation de sa capacité de travail serait possible ? La thérapie actuelle est-elle adéquate ? Y a-t-il d'autres traitements prometteurs ? " c) Dans sa réponse du 21 juin 2010, l'OAI propose le rejet du recours. Il indique selon une jurisprudence que semble ignorer le représentant de la recourante, que l'invalidité des personnes assurées souffrant d'un syndrome de fatigue chronique, ou neurasthénie, doit être évaluée conformément aux critères développés dans les situations de troubles somatoformes douloureux (TF I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5). Or, sur le plan médical, il appert que le Dr L. _____ et l'examineur du SMR arrivent aux mêmes conclusions, à savoir que la recourante souffre d'un syndrome de fatigue chronique. En outre, ces deux spécialistes ne reconnaissent aucune comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. De plus, à la lecture des différentes pièces, notamment médicales, versées au dossier, il est manifeste que les autres critères de gravité permettant de justifier une incapacité de travail ne sont pas remplis. Dès lors, la seule contradiction concerne la capacité de travail, et sur ce point l'appréciation du SMR, qui tient compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, doit assurément être préférée à l'argumentation du Dr L. _____. Dès lors qu'il doit ainsi être retenu que la recourante ne souffre d'aucune atteinte à la santé justifiant une diminution de sa capacité de travail et qu'il n'y a donc pas d'invalidité, l'OAI soutient qu'on ne saurait lui reprocher de ne pas avoir instruit la question du statut ainsi que de ne pas avoir procédé à une enquête ménagère. d) Dans sa réplique du 13 juillet 2010, la recourante soutient que la jurisprudence non publiée invoquée par l'OAI devrait être répétée puis confirmée, puis assumée par une publication au recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral, avant qu'on puisse véritablement faire fond sur elle, "sauf à surestimer les avis débutants d'une instance

dont les certitudes et les arrêts véritables requièrent temps, réflexion et recul". Quoiqu'il en soit, la recourante affirme que le syndrome de fatigue chronique dont elle souffre satisfait aux quatre critères posés par la jurisprudence en matière de syndromes somatoformes douloureux, si bien qu'il devrait, en toute hypothèse, être reconnu comme invalidant. A l'appui de cette affirmation, la recourante produit un rapport établi le 11 juillet 2010 par le Dr L. _____, dans lequel celui-ci, en plus d'attester le caractère "juridiquement" invalidant du syndrome de fatigue chronique dont souffre la recourante, se propose – "par surabondance d'arguments dans ce cas particulier et, dans une visée générale, pour contrer la plus ample concrétisation par les instances judiciaires d'une intention médicalement aberrante que le Tribunal fédéral a une fois formulée dans un arrêt I 70/07 non publié du 14 avril 2008" – de démontrer que le syndrome de fatigue chronique en question est "cliniquement" invalidant, ce en soumettant la recourante à des tests neuropsychologiques auxquels il pourrait être procédé en deux temps, soit à la fin des vacances d'été puis avant les vacances d'automne. La recourante estime ainsi que si le tribunal devait, en dépit des constatations médicales du Dr L. _____, dénier au syndrome de fatigue chronique que présente la recourante tout impact "juridique" sur la capacité de travail de celle-ci, il "aurait à tout le moins l'obligation morale d'accorder au Dr L. _____ le temps que nécessite la mise en oeuvre des tests neuropsychologiques qu'il prescrit" dans son rapport du 11 juillet 2010. e) Par lettre du 19 juillet 2010, le juge instructeur a informé les parties que, sans préjuger de la pertinence que pourraient avoir, sur le plan juridique, les résultats des tests neuropsychologiques proposés par le Dr L. _____ dans son rapport du 11 juillet 2010, il impartissait à la recourante un délai au 15 novembre 2010 pour produire un rapport complet de ce praticien sur les résultats des tests neuropsychologiques qu'il aurait effectués dans l'intervalle. Un délai au 19 août 2010 a été imparti à l'OAI pour faire part au juge instructeur de ses suggestions éventuelles sur la manière dont devraient être effectués ces tests neuropsychologiques et/ou des questions qu'il souhaiterait poser au Dr L. _____ dans ce contexte. Le 30 juillet 2010, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas de suggestions ou de questions particulières à poser dans le cadre du complément d'instruction ordonné. f) Le 13 novembre 2010, le Dr L. _____ a adressé au Tribunal un rapport psychiatrique dont il ressort en particulier ce qui suit: " Madame W. _____ s'est reposée pendant les vacances d'été et a bien pu récupérer. Sans nouvelles de l'AI qui paraît avoir renoncé à faire des suggestions concernant notre test, nous avons décidé ensemble de la manière de procéder au mieux. [...] Nous avons commencé le test au début de l'année scolaire. Mme W. _____ a été priée de noter quotidiennement ses heures de sommeil, les horaires de ses activités différentes et le temps de repos, et les symptômes. Vous trouverez ce compte rendu en annexe que la patiente a complété par une auto-évaluation à la fin du document qui résume très bien son vécu lors du test. La consigne était de travailler à 50% et en dehors de son travail de mener une vie normale. A notre demande Mme J. _____ a effectué une évaluation neuropsychologique le 1.9.2010 (voir copie ci-jointe). Cet examen conclut à des performances « dans les limites inférieures » de la norme, voir « ralenties ». A l'épreuve de la vigilance sur 30 minutes, un nombre plus élevé d'erreurs est apparu en deuxième partie « qui peut parler en faveur d'une certaine fatigabilité ». Il aurait été plus judicieux de faire l'examen neuropsychologique à la fin des vacances d'été pour capter l'image et le fonctionnement au moment de la récupération maximale, mais nous avons dû attendre le feu vert – les suggestions éventuelles de l'AI à transmettre jusqu'au 19.8.2010 au Tribunal – pour pouvoir organiser les tests. Madame W. _____ avait repris son travail le jeudi

août (séminaire, séances), et la rentrée des élèves avait lieu le lundi

E. 23

août. Lors de ce premier examen neuropsychologique la patiente était déjà à la fin de la deuxième semaine d'activité. Sur le plan privé il y avait un film, une visite d'un ami à l'hôpital, un spectacle le soir, trois sorties à la plage, un pique-nique chez des amis. Elle allait se coucher en moyenne entre 21h30 et 22h00. Elle se lève entre 07h00 et 10h00 (dimanche), en moyenne entre 08h00 et 09h00. D'habitude elle s'endort rapidement à l'aide du Trittico 100 mg et dort jusqu'à ce que le réveil sonne. Le week-end elle se réveille entre 09h00 et 10h00, puis se lève, sinon elle risque de s'endormir de nouveau. Les résultats du test qui se situent dans les limites inférieures de la norme reflètent une diminution de ses performances due à la reprise du travail à peine deux semaines auparavant. La fatigabilité accrue est déjà visible. Elle apparaît aussi dans la deuxième moitié d'un test de 30 minutes. Le deuxième examen neuropsychologique a eu lieu six semaines plus tard, le 13.10.2010. La psychologue a mis en évidence une baisse des performances (ralentissement, fluctuation augmentée, davantage d'erreurs) par rapport au premier test. Ces résultats confirment que la patiente s'épuise extrêmement vite. Il s'agit de la fatigabilité accrue typique pour le syndrome de fatigue chronique. Son journal ci-joint l'illustre en détail. Jusqu'à mi-septembre elle allait à deux conférences, passait à la fête de la Fondation [...], visitait une amie à [...], passait le lendemain à [...] et participait au 50 ième anniversaire de mariage de ses beaux-parents au [...]. Elle était exténuée et se limitait par la suite à une retraite à [...] et à nager occasionnellement. Les tâches domestiques sont largement prises en charge par son mari et ses filles. En approchant les vacances d'automne elle fait de moins en moins et se repose de plus en plus. Les tâches administratives pour l'école sont renvoyées aux vacances. Elle préserve ainsi son énergie pour faire face à ses élèves. Le texte de Mme W. _____ à la fin de son journal ci-joint résume bien son état de santé et sa situation. Elle arrive de justesse en mobilisant toute son énergie à travailler à 50% dans son métier qu'elle adore, au détriment de sa vie sociale et familiale qui s'atrophie. Que peut-elle faire de plus ? Qu'est-ce qui est exigible ? Il y a des moyens employés lors des tentatives d'un record Guinness : les cafés, les amphétamines (qui peuvent parfois améliorer la fatigue chronique sous forme de Ritaline), des douches froides, la musique (rock, métal) etc. Ces moyens permettent de rester longtemps éveillé une seule fois. Le problème est différent pour un sommeil fractionné pendant des semaines comme lors d'un tour du monde en solitaire. Avec des techniques de relaxation et un entraînement spécifique on peut « manipuler » le sommeil dans une certaine mesure. Dans le cas d'un syndrome de fatigue il est parfois possible d'appliquer ces techniques pour mieux adapter les plages d'une bonne vigilance aux exigences professionnels. Mais ce n'est que la répartition sommeil/réveil qui est modifiée. Le total des heures de sommeil ne change pas. Le problème fondamental est l'épuisement grandement augmenté. Le sommeil est récupérateur, mais il en faut beaucoup pour compenser l'épuisement énorme. Il n'y a pas de thérapie efficace connue pour diminuer cette fatigabilité. L'appel à la volonté ne résout pas le problème. Mme W. _____ fait tout son possible pour pouvoir travailler. Lorsqu'elle n'en peut plus, elle se trouve dans la même situation que tout être humain « mort de fatigue ». Elle doit dormir. Que pourrait-elle faire d'autre ??? " g) Invitée à se déterminer sur le rapport psychiatrique du Dr L. _____ du 13 novembre 2010, la recourante a estimé le 6 décembre 2010 qu'il semblait impossible de concilier la prise de position de ce spécialiste avec une confirmation judiciaire de la décision entreprise et qu' "[i]l est de la responsabilité d'un juge de préférer la vérité de la médecine à la vérité de la jurisprudence, lorsque les deux, comme en l'espèce,

ne coïncident pas". Egalement invité à se déterminer sur le rapport psychiatrique du Dr L. _____ du 13 novembre 2010, l'OAI a indiqué le 6 décembre 2010 qu'il se ralliait à l'avis médical du SMR établi le 30 novembre 2010 par le Dr P. _____, dont la teneur est la suivante: " Nous sommes toujours dans le cadre d'un syndrome de fatigue chronique et il n'y a aucun nouveau diagnostic mis en évidence par les investigations récentes. La longue description que fait le Dr L. _____ du quotidien de l'assurée ne change rien au fait que sa demande à l'AI doit être traitée conformément au droit, que le droit assimile la fatigue chronique à la fibromyalgie et que de telles affections n'ouvrent en principe pas le droit à des prestations de l'AI, sauf si les critères de gravité définis par la jurisprudence sont remplis. Ce n'est pas le cas dans ce dossier (cf. avis médical SMR du 16.06.10). Les tests montrent des résultats pour la plupart à la limite inférieure de la norme, donc encore normaux. Le courrier du Dr L. _____ ne nous apporte aucun élément médical nouveau. La question du droit aux prestations n'est in fine pas médicale mais bien juridique et elle passe par l'application de la jurisprudence au cas d'espèce, ce qui est du ressort des juristes. " Estimant ainsi que le rapport psychiatrique du Dr L. _____ du 13 novembre 2010 ne faisait état d'aucun nouveau diagnostic sur le plan médical et qu'on était dès lors toujours dans le cadre d'un syndrome de fatigue chronique, atteinte qui devait, pour être considérée comme invalidante sur le plan asséculo-logique, répondre aux mêmes critères qu'un trouble somatoforme douloureux, l'OAI a confirmé ses conclusions. h) Le 10 décembre 2010, le juge instructeur a informé les parties que, l'instruction apparaissant complète, la cause était gardée à juger. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes judiciaires de Pâques (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA) – par W. _____ contre la décision rendue le 15 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette

décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le syndrome de fatigue chronique dont souffre la recourante, qui entraîne selon le Dr L. _____ une limitation de la capacité de travail à 50% d'un plein temps, constitue une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. 3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{er} in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. b) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci: méthode générale de la comparaison des revenus (art. 16 LPGA; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique (cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte (cf. ATF 130 V 393 et 125 V 146). Le choix entre ces méthodes dépend du statut de l'intéressé: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et assuré non actif. Est en principe déterminante l'activité qu'exercerait l'assuré s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 117 V 194; RCC 1989 p. 125). Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201] et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars

2006 consid. 1.2 et I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 4. a) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5; TF I 1000/06 du 24 avril 2007 consid. 5 in SVR 2007 IV n° 49 p. 160), la neurasthénie et le syndrome de fatigue chronique présentent des similitudes manifestes avec les troubles somatoformes et font partie du même complexe de syndromes que les troubles de conversion, la somatisation, les troubles douloureux ou le trouble hypochondriaque. Comme pour le syndrome de fibromyalgie, l'étiologie du syndrome de fatigue chronique est inconnue. Les syndromes de fibromyalgie, du côlon irritable et de fatigue chronique représentent trois entités de symptômes dans lesquelles, au-delà des signes cliniques typiques de chacune de ces affections, on reconnaît des troubles végétatifs, fonctionnels et psychiques semblables et pour lesquelles on applique des stratégies thérapeutiques semblables. Du point de vue des assurances sociales, il s'impose de soumettre l'ensemble des syndromes sans fondement organique vérifiable et dont l'étiologie et la pathogenèse sont incertaines aux mêmes exigences. Dès lors, le Tribunal fédéral a décidé d'appliquer par analogie au syndrome de fatigue chronique ou neurasthénie les principes jurisprudentiels qu'il avait développés pour les troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 352 et 131 V 50), comme il l'avait déjà fait pour le syndrome de fibromyalgie (cf. ATF 132 V 65). Cette jurisprudence (TF I 70/07 et I 1000/06 précités) a ensuite été confirmée à maintes reprises par le Tribunal fédéral (voir notamment TF 9C_676/2008 du 12 janvier 2009 consid. 4.3.1; TF 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2; TF 8C_111/2010 du 22 juin 2010 consid. 4.1; TF 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), y compris tout récemment dans un arrêt publié (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1). b) En présence du diagnostic de syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie, il faut donc également se référer aux critères qui ont été dégagés par le Tribunal fédéral pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50); l'examen de ces facteurs permet de répondre à la question de savoir si la présomption que les troubles en question ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible – et qu'on peut donc attendre de l'intéressé qu'il réintègre (entièrement ou partiellement) le processus du travail – peut être renversée (TF 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3; TF 9C_676/2008 du 12 janvier 2009 consid. 4.3.1). Selon la jurisprudence, le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet,

l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2). c) En l'espèce, il résulte des avis médicaux concordants au dossier (cf. les rapports médicaux du Dr L._____, lettres A.b, C.b et C.f supra, et le rapport d'examen clinique psychiatrique du 16 décembre 2009 du Dr S._____, lettre A.d supra) que la recourante présente un syndrome de fatigue chronique ou neurasthénie (F48.0 selon la CIM-10), termes qui selon le Dr L._____ sont interchangeable (cf. lettre C.b supra). Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral rappelée ci-dessus (cf. consid. 4a et 4b supra) – dont la Cour de céans ne saurait s'écarter pour le seul motif qu'il serait "de la responsabilité d'un juge de préférer la vérité de la médecine à la vérité de la jurisprudence, lorsque les deux, comme en l'espèce, ne coïncident pas" (cf. lettre C.g supra) –, il faut donc examiner au regard des critères posés par la jurisprudence si la présomption que les troubles que présente la recourante ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible peut être renversée. d) Le Dr L._____ et le Dr S._____ concordent à dire que la recourante ne présente aucune comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. En particulier, les symptômes dépressifs présents chez la recourante ne sont pas assez intenses pour justifier un diagnostic d'état dépressif selon la CIM-10 et il n'existe pas de trouble de la personnalité ni de limitation fonctionnelle psychiatrique (cf. le rapport d'examen clinique psychiatrique du 16 décembre 2009 du Dr S._____, lettre A.d supra). L'état dépressif apparu au mois de mai 2008 a bien réagi au traitement antidépresseur que la recourante continue de suivre (cf. le rapport médical du Dr L._____ du 26 avril 2010, lettre C.b supra). Il ressort en outre des documents médicaux au dossier que la recourante conserve une activité professionnelle à temps partiel et une vie de famille normale, de sorte qu'elle ne présente manifestement pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Il est incontesté que la recourante ne souffre d'aucune affection corporelle chronique. Enfin, il n'y a pas à ce stade de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, ni d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. Il faut par ailleurs relever que les examens neuropsychologiques montrent certes des limitations, mais qui ne sont pas décrites par la psychologue J._____ comme ayant une incidence sur la capacité de travail. Le psychiatre traitant, le Dr L._____, fait ressortir des deux séries d'examens une fatigabilité et une diminution des performances, mais dans les limites inférieures de la norme. De ce fait, ces examens ne prouvent pas une nette diminution des performances susceptible de compromettre la capacité de travail. Dans ces conditions, la décision attaquée se révèle conforme au droit fédéral, tel que précisé par la jurisprudence du Tribunal fédéral,

en tant qu'elle retient que la recourante ne souffre pas d'une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Dans la mesure où le caractère invalidant du syndrome de fatigue chronique que présente la recourante doit être nié, on ne saurait reprocher à l'OAI de ne pas avoir instruit plus avant la question du statut de la recourante – qui a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 75% (cf. lettre A.a supra), comme elle l'avait fait avant l'atteinte à la santé (cf. lettre A.d supra) – et de ne pas avoir procédé à une enquête ménagère. 5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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