

## **VD\_FINDINFO Arrêt / 2010 / 365 vom 23. Februar 2010**

VD Tribunal cantonal, 2010-02-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2010\\_\\_365](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2010__365)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2010 / 365 du 23 février 2010

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2010 / 365 del 23 febbraio 2010

### **Regeste**

FORCE PROBANTE, EXPERTISE MÉDICALE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, PRESTATION D'ASSURANCE{AI} | 1 LAI, 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 57a LAI, 69 al. 1bis LAI, 16 LPGA, 58 LPGA, 60 al. 1 LPGA, 61 let. a LPGA, 61 let. g LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 117 al. 1 LPA-VD, 2 LPA-VD, 49 al. 1 LPA-VD, 55 al. 1 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD

### **Erwägungen**

#### **E. 16**

LPGA E n f a i t : A. Le 2 septembre 2003, V. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née le 5 septembre 1955, mariée et mère de deux enfants adultes, enseignante de formation, a déposé une demande de prestations AI pour adulte au motif de "différentes affections médico-chirurgicales". a) Dans un rapport du 23 septembre 2003, le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics (ayant une répercussion sur la capacité de travail) suivants: "- Fibromyalgie très probablement depuis 1967 mais véritablement évoquée en 91. - Migraines vraies depuis 1967". Il a estimé que l'état de santé de l'assurée s'aggravait et que l'exercice de l'activité habituelle était exigible à hauteur de 50% pour une durée indéterminée. A son sens, la capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a joint plusieurs pièces médicales à son rapport. Le 27 janvier 2005, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a rendu un rapport, dont on extrait ce qui suit: " A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail: - Céphalées chroniques mixtes liées d'une part à des céphalées de tension et d'autre part à une migraine sans aura. - Status après intervention pour suspicion de hernie discale au niveau L4-L5 non confirmée avec possible arachnoïdite post-opératoire. - Syndrome fibromyalgique chronique. - Polyallergie sévère (au soleil, au latex et aux anti-inflammatoires non stéroïdiens). Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail: - Maladie de Vaquez. B. Incapacité de travail 80% d'incapacité de travail du mois d'août 2001 au mois de décembre 2001. Dès décembre 2001, diminution progressive de la capacité de travail aboutissant dès le mois d'août 2004 à un arrêt de travail de 100%. [...] D. Données médicales: 1. Traitement du 05.02.1999 au 20.11.2000. 2. Dernier examen le 10 janvier 2005 à la demande de l'AI. [...] Annexe au rapport médical: 1.1. Les douleurs, les raideurs et les faiblesses sont aussi bien liées au syndrome fibromyalgique qu'aux céphalées migraineuses et ont une répercussion telle sur les activités de la vie quotidienne ainsi que professionnelle qu'elles engendrent une incapacité totale d'une quelconque activité. [...] Question page 1: 1. Les limitations fonctionnelles: en raison des douleurs, de la raideur et des faiblesses antalgiques avec lâchages, la patiente est limitée dans toutes les positions statiques mais également lors des changements de position et de la mobilisation. 2. L'évolution (date et taux) de la capacité exigible en tant qu'institutrice: en

tant qu'institutrice, la capacité de travail exigible est pour ma part de 50% jusqu'au 21 novembre 2000. Sur le plan de l'évolution de la maladie entre le mois de février 1999, lorsque j'ai vu la patiente pour la première fois, et le mois de novembre 2000 lorsque je la vue pour la dernière fois, la situation s'est progressivement dégradé, non seulement des douleurs diffuses mais également sur le plan des céphalées. Les traitements entrepris n'avaient aucun effet positif. C'est depuis décembre 2001 que la patiente a eu une incapacité de travail qui s'est réduite de manière progressive avec une incapacité totale dès le mois d'août 2004. 3. L'évolution (date et taux) de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles citées au point 1: idem que pour la question 2 puisque le handicap fonctionnel est identique pour tout type d'activité." Dans un rapport du 16 mars 2005, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et hématologie, auquel l'assurée a été adressée par son médecin traitant (Dr L.\_\_\_\_\_), a posé le diagnostic (ayant des répercussions sur la capacité de travail) suivant: syndrome myéloprolifératif de type polycythemia vera (maladie de Vaquez), existant depuis fin 2003. Il a estimé que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et a renvoyé aux rapports du Dr L.\_\_\_\_\_ en ce qui concerne l'appréciation de l'incapacité de travail. b) aa) Le 19 avril 2005, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a établi une expertise médicale, contenant un anamnèse, les plaintes subjectives de l'assurée, des constatations objectives, une appréciation du cas et les réponses aux questions posées par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI). Cette expertise a notamment tenu compte des examens complémentaires réalisés en 1991, 1996, 2000 et 2005 (radiographies et IRM). Le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants: - Syndrome douloureux chronique sous la forme de fibromyalgie; - Lombalgies accompagnant des pseudo-sciatalgies gauches chroniques; - Troubles statiques discrets; - Migraines chroniques; - Maladie de Vaquez; - Status après laminectomie exploratrice L5 gauche le 14 juin 1990. On extrait de l'expertise ce qui suit: " REPONSES AUX QUESTIONS • Degré de la capacité de travail résiduelle en % d'activité lucrative exercée (ou des travaux habituels pour les ménagères) avant la survenue de l'atteinte à la santé? 85% d'une pleine capacité de 100% d'une activité légère excluant les ports de charges au-delà de 15 kg, les mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis et autorisant l'alternance de la position assise et debout. • A quelle date la capacité de travail a t-elle subi une réduction de 25% au moins? Selon le rapport médical du Dr L.\_\_\_\_\_ du 9 septembre 2003, il ressort que l'assurée travaillait 22 périodes sur 28 soit 78,57% dès le 27 août 2001, avec une capacité de travail de 64,2% soit

#### **E. 18**

périodes sur 28 dès le 26 novembre 2002. • Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors? L'assurée a diminué son taux d'activité à 42,85% soit 12 périodes par semaine dès la reprise de l'année scolaire au 18 août 2003, avec un arrêt de travail à 100% depuis la rentrée scolaire d'août 2004. • Pronostic (de la capacité de travail)? Le pronostic est réservé au vue de l'intensité de la symptomatologie douloureuse, allégation subjective ne pouvant être intégrée à la capacité de travail objective de l'assurée. Au-delà de sa problématique ostéo-articulaire, il ressort un état migraineux, qui selon l'assurée reste le principal facteur limitant à la reprise de son activité professionnelle, et plus récemment sa maladie de Vaquez. • La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales? Non. Nous ne connaissons actuellement aucun traitement efficace permettant de soulager un syndrome douloureux chronique de façon durable. La patiente pourrait bénéficier d'une médication antidépresseur reconnue pour son effet antalgique, s'y associant

des médicaments antalgiques à la demande et la poursuite d'une activité physique régulière.

- La capacité de travail, peut-elle être améliorée par des mesures d'ordre professionnel? Non.
- Un reclassement professionnel est-il judicieux? C'est dans son activité professionnelle d'enseignante que l'assurée sera le plus à même de mettre en valeur sa capacité de travail maximale résiduelle.
- Quelles sont les limitations dues à l'atteinte à la santé? Mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis, travaux lourds, ports de charge supérieurs à 15 kg, travail autorisant alternant la position assise et debout.
- La capacité de travail, peut-elle être améliorée par des moyens auxiliaires? Non.
- Quelle capacité de travail peut-on espérer dans un emploi adapté? 85%, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement."

bb) Le 29 juillet 2005, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu une expertise psychiatrique contenant une anamnèse - notamment un extrait du dossier médical -, les plaintes de l'assurée, des constatations objectives - notamment le résultat d'examens cliniques -, une discussion, une appréciation de la capacité de travail ainsi que des propositions thérapeutiques. On extrait ce qui suit de cette expertise:

" 4. DIAGNOSTICS Axe I: Trouble somatisation F45.0 (300.81) Trouble douloureux lié à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale F45.4 (307.89) Trouble de conversion à présentation mixte F44.7 (300.11) Trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle légère F32.4 (296.24) Trouble panique avec agoraphobie F40.01 (300.21) Axe II: Diagnostic différé (799.90) Axe III: Maladie de Vaquez Polyallergie Status post laminectomie exploratrice L5 gauche en juin 1990 Axe IV: Départ de la fille aînée; maladie de la fille cadette; rupture avec la famille élargie; arrêt de travail Axe V: EGF actuel de 55 points. 5. DISCUSSION [...] Nous avons connaissance de douleurs de type fibromyalgique dès l'adolescence, ainsi que d'importantes lombosciatalgies dès 1990, auxquelles s'ajoutent actuellement des nucalgies et une fatigue généralisée. Hormis de légers troubles statiques, aucun fondement organique n'est signalé par l'expertise rhumatologique, qui ne reconnaît pas un caractère nettement invalidant à cette atteinte. Les douleurs dépassent ce qui pourrait être attendu sur la base du substrat organique, et ont une ampleur supérieure à celles impliquées normalement par un trouble somatisation. Pour ces raisons, nous retenons le diagnostic de trouble douloureux. Celui-ci paraît associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, étant donné les troubles statiques et leur impact sur la capacité de travail reconnus par l'expertise rhumatologique. [...] Sur le plan thymique, nous constatons actuellement un état dépressif majeur, d'intensité légère. N'ayant pas connaissance d'antécédents thymiques majeurs par le passé ni d'une rémission complète du tableau depuis son apparition, nous retenons un trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle légère. A noter qu'un état dysthymique antérieur ne peut pas être exclu, ni même un état dépressif majeur dans l'enfance suite aux viols. Etant donné les crises d'anxiété neurovégétative paroxystiques hebdomadaires ainsi que l'évitement de la foule et de plusieurs autres situations, nous retenons le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie. Le questionnaire des attaques de panique spontanée n'indique pas une peur de mourir ou de perdre le contrôle de soi; toutefois, chez une assurée mettant en avant des manifestations somatoformes et posant de fortes exigences envers elle-même, il est probable que l'anxiété psychique présente durant les attaques de panique est légèrement sous-estimée. Nous ne retenons pas de trouble de la personnalité ni de traits nettement morbides chez cette assurée paraissant avoir assumé un bon fonctionnement socioprofessionnel jusqu'à ces dernières années. Toutefois, de très importantes défenses psychosomatiques sont indiquées par la symptomatologie du registre somatoforme. Une tendance au déni peut également être mise

en évidence à plusieurs occasions par le passé, associée à de fortes exigences envers soi-même. Nos investigations ne sont pas suffisantes pour écarter une morbidité de la personnalité. Les limitations fonctionnelles découlent en premier lieu des affections somatoformes avec des migraines, des douleurs diffuses, de la fatigue, une série d'allergies importantes, des pertes de force et des pertes d'équilibre, des troubles gastro-intestinaux ainsi que des troubles visuels et auditifs. Sur le plan anxieux, la tension, l'inquiétude, les manifestations d'anxiété neurovégétative et l'agoraphobie sont également limitatives. Dans le registre thymique, nous pouvons signaler les sentiments de dévalorisation et de culpabilité fréquents, l'aboulie relative et les troubles de la mémoire et de la concentration. [...] L'assurée développe toutefois une vie socioprofessionnelle réussie, travaillant comme enseignante et épousant un homme dont elle a deux filles en 1981 et 1985, Malgré l'évocation de ses abus à l'époux, l'assurée paraît évacuer tout abord explicite de cette problématique. Celle-ci paraît manifestée uniquement sur le registre somatoforme et toute mise en doute de l'organicité des symptômes par les médecins est vécue comme un abandon important. De nombreux éléments peu conscients dans la vie de l'assurée renvoient également à la problématique d'abus, que ce soit le choix de suivre des élèves de 9 à 10 ans ou la recrudescence de la symptomatologie en 1990, peu après la reprise de cet emploi et alors que la fille aînée atteint le même âge. Elle présente en 1990 et 1991 des incapacités de travail, et abandonne progressivement son activité accessoire de 20% avec l'époux. Elle maintient un taux de travail de 80% jusqu'en 1999 au moins. A partir de 1999, l'expertisée paraît présenter une nouvelle péjoration de son état de santé, et relie de façon croissante son vécu émotionnel avec son passé d'abus. En particulier à partir du printemps 2001, elle se trouve confrontée à une problématique d'abus sexuel d'enfants de sa classe, et s'engage pour la mise en place d'une prise en charge juridique et psychosociale. Elle aborde également cette problématique avec sa physiothérapeute, avant de la révéler à ses parents en août 2001. Cet épisode, s'il permet de renouer de meilleurs contacts avec les parents, entraîne également des tensions croissantes avec la plupart des oncles et tantes. Dans ce contexte tendu, l'abord du vécu d'abus reste longtemps problématique, et entraîne plutôt une péjoration de l'état. Les fortes exigences de l'assurée vis-à-vis d'elle-même lui permettent de maintenir son activité d'enseignante. Toutefois, toujours en lien avec ses mécanismes de défense, elle ne parvient pas à s'engager dans une prise en charge psychiatrique, ni à abandonner durablement l'activité professionnelle très investie. Elle réduit son activité à 64,2% durant l'année 2002-2003. En été 2003, peu après avoir appris la thyroïdite de sa fille, qu'elle vit avec un certain sentiment de culpabilité, elle réduit son taux de travail à 42,85%. En hiver 2003, elle est hospitalisée d'urgences à Morges pour des douleurs aiguës. Selon ses dires, une maladie de Vaquez se développe dès cette période, et se trouve diagnostiquée en juin 2004. Cette atteinte organique entraîne une nouvelle péjoration sur le plan psychique, et aboutit à une incapacité de travail totale depuis l'été 2004. A partir de janvier 2005, l'assurée paraît renoncer à la reprise rapide de son activité professionnelle, et semble désireuse de s'engager dans une prise en charge psychothérapeutique. Le départ de la fille, en mai 2005, constitue probablement un facteur d'entretien. La forte sensibilité à tout élément réactivant le vécu d'abus sexuel est manifestée lors de l'expertise rhumatologique avec le Dr P. \_\_\_\_\_, accusé de violer le secret médical, d'imposer un examen clinique insupportable et de ne pas reconnaître la douleur de l'expertisée. Le pronostic est réservé pour la récupération d'une capacité de travail dépassant les 30%. Les éléments défavorables sont l'épuisement total des ressources adaptatives, l'incapacité actuelle à se projeter dans l'avenir, le départ prévisible de la deuxième fille, l'état de santé

des parents, le conflit familial global et l'impossibilité jusqu'à présent d'administrer un traitement psychotrope. Les éléments pronostiques positifs sont la motivation pour une prise en charge psychothérapique et les démarches faites dans ce sens, les relations harmonieuses au sein de la famille nucléaire, le rapprochement avec le frère et le père, la motivation pour l'emploi, l'absence de difficultés relationnelles dans ce cadre ou de phénomène de burn out.

6. DEGRE DE LA CAPACITE DE TRAVAIL D'un point de vue psychiatrique, nous pouvons reconnaître une incapacité de 57% depuis août 2003 et une incapacité de travail totale depuis août 2004. Des mesures professionnelles ne peuvent être projetées Toute attente de reprise d'une activité professionnelle serait actuellement contre-productive, l'assurée se montrant très sensible face à toute exigence après avoir soutenu une forte pression durant de nombreuses années. La reconnaissance par l'AI du handicap de cette assurée constituera aussi une reconnaissance de sa souffrance, et peut contribuer positivement à son rétablissement. Une réévaluation est indiquée d'ici deux ans auprès du psychiatre avec lequel elle devrait entamer une prise en charge." Selon une note interne de l'OAI du 19 août 2005, l'assurée exercerait la profession d'enseignante à titre principal et exercerait à titre secondaire une activité d'aide au sein de l'entreprise de son mari.

c) Le 26 octobre 2005, le SMR a rendu un rapport d'examen dont on extrait de ce rapport ce qui suit: " Dans le rapport médical initial du médecin traitant, le 23.09.2003, la capacité de travail était de 50% en raison de fibromyalgie très probablement depuis 1967 mais véritablement évoquée en 1991 et migraines vraies depuis 1967. Le rapport médical du 28.05.2005 fait état du diagnostic de maladie de Vaquez dès décembre 2003 et d'un état anxio-dépressif justifiant d'une incapacité de travail totale dès le 16.08.2004. Selon l'hématologue, la maladie de Vaquez ne justifie pas d'incapacité de travail. Quant à l'état anxio-dépressif, le diagnostic n'a pas été retenu dans l'expertise psychiatrique. L'expertise rhumatologique, avril 2005, fait état d'un syndrome douloureux chronique sous la forme d'une fibromyalgie, de lombalgies accompagnant des pseudo-sciatalgies G chroniques, des troubles statiques discrets, la maladie de Vaquez et un status après laminectomie exploratrice L5 en 1990. L'expert a écouté les plaintes de l'assurée. Il n'est cependant pas fait mention de l'accident de ski en mars 2003. Selon l'expert, la capacité de travail est de 85% en respectant les limitations fonctionnelles somatiques. Le travail de l'assurée est un travail adapté à ses limitations fonctionnelles et des mesures professionnelles ne se justifient pas. L'expertise psychiatrique fait état d'un trouble de somatisation, d'un trouble douloureux lié à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, d'un trouble de la conversion à présentation mixte, d'un trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle légère et d'un trouble panique avec agoraphobie. Dans la discussion, les troubles de somatisation ne présentent pas de caractères invalidants. Les troubles paniques avec agoraphobie n'ont pas empêché l'enseignement et la fréquentation des salles des maîtres ni le ou les moyens de transport au travail à notre connaissance. Quant au trouble somatoforme douloureux persistant, il n'est accompagné ni d'un trouble dépressif d'intensité sévère, ni d'un trouble de la personnalité ni de signes florides de la lignée psychotique. Il n'y a pas de perte de l'intégrité sociale, l'assurée ayant de tout temps vécu en harmonie avec son mari et ses deux filles. L'assurée n'a pas désiré de suivi psychiatrique auparavant. Signalons l'accident de ski de mars 2003, activité sportive peu compatible avec la symptomatologie psychiatrique et les plaintes rhumatologiques. Concernant les migraines et les céphalées, elles sont déjà décrites en 1991 comme très fréquentes (voir le rapport neurologique du Dr R. \_\_\_\_\_). Décrites comme quotidiennes en 1999 par le neurologue traitant, le Dr G. \_\_\_\_\_, et ayant débuté à l'adolescence. Selon

le neurologue traitant inexigibilité totale. Les céphalées et les migraines sont prises en charge d'une manière certaine depuis une quinzaine d'années, très probablement depuis plus longtemps et n'ayant pas empêché l'assurée d'exercer sa profession d'enseignante auparavant. Nous retenons les conclusions du Dr P. \_\_\_\_\_, à savoir capacité de travail de 85% (100% avec baisse de rendement de 15%) depuis novembre 2002. La profession d'enseignante est un métier adapté aux limitations fonctionnelles et aucune mesure de reconversion professionnelle n'est à envisager." d) Par décision du 28 avril 2006, l'OAI a refusé d'allouer une rente à l'assurée, le degré d'invalidité de celle-ci, reconnu à 15%, étant insuffisant pour ouvrir un tel droit. Dans un courrier du 26 mai 2006, l'assurée a fait opposition à cette décision. Elle a soutenu que son état de santé était incompatible avec la profession d'enseignante et qu'il nécessitait une médication très lourde et de longue durée avec de sérieux effets secondaires. Dans un courrier du 26 juin 2006, l'assurée - représentée par DAS Protection Juridique SA - a complété son opposition, déclarant notamment avoir longtemps travaillé comme enseignante à un taux avoisinant les 80%, les 20% restants étant consacrés à une activité d'aide à son mari, lequel est viticulteur-pépiniériste. Elle a en outre soutenu que l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ satisfaisait les critères jurisprudentiels relatifs à la force probante et que c'était donc à tort que l'OAI avait écarté les conclusions de celle-ci. S'appuyant sur cette expertise, elle a souligné qu'elle présentait quatre affections psychiatriques en comorbidité avec le trouble somatoforme douloureux et des limitations fonctionnelles qui justifiaient de reconnaître un caractère invalidant à son trouble somatoforme douloureux. e) L'OAI a confié un mandat d'expertise au CEMed, lequel a rendu son rapport le 22 mai 2008 (expertise réalisée par les Drs K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, et B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie). Cette expertise comprend notamment des données personnelles et administratives, une analyse du dossier - avec rappel des pièces versées au dossier -, des données subjectives, des données objectives, des résultats d'examens complémentaires, une étude du dossier radiologique, une synthèse, la discussion du cas et les réponses aux questions de l'OAI. On extrait de ce rapport ce qui suit: " Situation actuelle: [...] Sur le plan psychique, l'assurée estime ne pas avoir de troubles justifiant une incapacité de travail. Si elle a eu des moments dépressifs, des idées suicidaires, des angoisses, l'humeur n'est plus que ponctuellement abaissée. Le sommeil est de mauvaise qualité, mais il s'agit d'une histoire ancienne, l'image de soi et la confiance en soi sont atteintes, des sentiments de culpabilité sont rapportés. L'appétit est diminué comme la libido. A l'observation, on découvre une femme mobile, qui peut être souriante, de corpulence normale, alors qu'elle s'estime trop grosse. On ne relève aucun comportement douloureux, aucun trouble de l'humeur, avec une expression émotionnelle normalement fluctuante, il n'y a aucun indice en direction d'une psychopathologie particulière, aucun indice d'un trouble de la personnalité grave. En résumé, hormis l'inquiétude perceptible, il n'y a pas de psychopathologie invalidante mise en évidence. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a effectué une expertise en 2005. L'observation de l'assurée est relativement superposable à la nôtre. L'expert administre par ailleurs un certain nombre de tests, aussi bien d'auto que d'hétéro-évaluation. Il pose les diagnostics selon le DSM-IV de 1. Trouble somatisation 2. Trouble douloureux lié à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale. 3. Trouble de conversion à présentation mixte 4. Trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité légère 5. Trouble panique avec agoraphobie L'expert ne retient par ailleurs pas de troubles de la personnalité. Ces diagnostics sont dans

l'ensemble à notre sens justes, notamment pour l'épisode dépressif léger et l'absence de trouble de la personnalité. Les trois premiers diagnostics se réfèrent aux troubles somatoformes, même si on peut admettre une importance relative à l'affection médicale générale, celle-ci ne suffisant pas pour expliquer l'évolution vers un trouble douloureux aussi étendu. Le trouble de conversion est possible, mais les symptômes décrits, qui sont essentiellement du registre neurovégétatif, peuvent se retrouver aussi dans les troubles paniques. Quoiqu'il en soit, les deux derniers diagnostics ont régressé selon l'assurée et ne sont plus incapacitants. En général, ces troubles réagissent bien au traitement cognitivo-comportemental et aux psychotropes. Lors de la première expertise psychiatrique, l'assurée ne consommait pas de psychotrope, actuellement il lui est prescrit 10 mg de Cipralex par jour. A lire l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_, où on découvre la description de multiples limitations, on ne comprend pas quel est le diagnostic prédominant qui justifie l'incapacité de travail totale depuis août 2004. Conclusions: Sur le plan neurologique, V. \_\_\_\_\_ présente de longue date des céphalées dont la description évoque des céphalées migraineuses pouvant parfois se compliquer d'une aura visuelle et sensitive devenues actuellement chronifiées. Ces céphalées migraineuses sont actuellement intriquées à des céphalées en casque quotidiennes à point de départ cervical évoquant dans le contexte des céphalées tensionnelles. [...] Outre la composante migraineuse et tensionnelle, il est probable que les maux de tête dont souffre actuellement V. \_\_\_\_\_ connaissent une composante médicamenteuse étant donné l'importance de la prise d'AINS, d'antalgiques et de Triptans. Par ailleurs, V. \_\_\_\_\_ souffre donc dans le contexte de douleurs multiples du rachis et des 4 extrémités de douleurs lombaires se compliquant de quelques irradiations douloureuses dans le membre inférieur gauche pour lesquels les examens radiologiques complémentaires (radiculographie) n'ont pas démontré de récurrence de hernie discale mais une fibrose. L'examen neurologique actuel ne révèle pas de syndrome lombovertébral significatif. On relève tout au plus des points de Valleix fessiers gauches un peu sensibles ainsi qu'une manoeuvre de Lasègue sensible en fin de mouvement à gauche. Il n'y a pas de déficit radiculaire, l'hypoesthésie tactile et douloureuse signalée par la patiente n'ayant clairement pas une topographie radiculaire. Les douleurs précitées peuvent correspondre à une discrète irritation radiculaire en relation avec des douleurs de désafférentation et une fibrose postopératoire mais il est probable que la composante de périarthropathie de hanche joue un rôle important dans cette composante des plaintes. [...] En ce qui concerne la capacité de travail en tant qu'enseignante, on doit admettre que l'importance actuelle des céphalées entraîne une certaine réduction de la capacité de travail de V. \_\_\_\_\_ sous forme d'un absentéisme aboutissant à une perte de rendement que l'on peut globalement estimer comme de 30%. Le retentissement des lombosciatalgies gauches sur la capacité de travail sera évalué dans le cadre de l'appréciation rhumatologique figurant ci-dessous. Sur le plan rhumatologique en conclusion, V. \_\_\_\_\_ présente des lombosciatalgies gauches chroniques depuis 1990 sans déficit neurologique Elle se plaint également des douleurs diffuses, de type syndrome douloureux chronique, prédominant au niveau cervical, avec une diminution de la mobilité cervicale. Les radiographies cervicales sont dans les limites de la norme pour son âge. On note également une arthrose débutante des mains avec des douleurs occasionnelles. En raison de tous ces problèmes, elle est limitée surtout dans les travaux lourds, les positions assises ou debout prolongées et les positions penchées en avant. A noter qu'elle a travaillé de 1990 à 2004, malgré ses problèmes ostéoarticulaires. En raison des limitations mentionnées ci-dessus, sa capacité de travail dans son ancienne activité d'enseignante est de 85% du point de vue rhumatologique, comme mentionnée dans

l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_, c'est-à-dire avec une diminution de rendement de 15% (difficulté à rester longtemps dans une même position, difficulté à se pencher en avant, ...). Sur la plan de la médecine interne, l'assurée présente actuellement une maladie de Vaquez stable, ainsi qu'un traitement n'entraînant que peu d'effets secondaires aux doses administrées. La capacité de travail actuelle de l'assurée est de 100%. Sur le plan psychique, on relève une certaine discordance entre les plaintes et l'observation, cette dernière ne met pas en évidence de trouble de l'humeur important, celle-ci est actuellement du niveau d'une dysthymie, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, l'assurée est souriante, à l'aise dans l'entretien, sans signes anxieux ou de troubles neurovégétatifs. Il y a eu régression des attaques de panique et des troubles anxieux plus généralement. Compte tenu également de l'absence de trouble de personnalité, la capacité de travail peut être estimée complète et sans diminution de rendement. L'assurée admet elle-même ces conclusions. La présence de fibromyalgie pose la question du trouble somatoforme. Celui est possible, même en présence d'affections comme les migraines ou une maladie de Vaquez en rémission. Il manque un certain nombre de critères, notamment la détresse qui dans le Mental Health Index est relativement basse. Les autres scores aux questionnaires parlent plutôt en faveur d'un comportement d'invalidé relativement ego-syntonique. Si le diagnostic de trouble somatoforme devait être retenu, on notera qu'il y ni comorbidité psychiatrique importante, ni isolement social.

VII. Réponses aux questions de l'Assurance Invalidité A. Questions cliniques [...] 4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10) 4.1. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents? Céphalées actuellement mixtes vasomotrices, tensionnelles et médicamenteuses (présentes depuis l'âge de 18 ans mais en aggravation significative depuis 1999/2000). Lombosciatalgies gauches résiduelles après cure de hernie discale (juin 1990) en relation probable avec des douleurs de déafférentation, une fibrose postopératoire et une périarthropathie de hanche. 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents? Arthrose débutante des mains Fibromyalgie Dysthymie [...] B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Sur le plan physique Sur le plan neurologique, les céphalées mixtes, de part leur importance et leur fréquence entraînent une perte de rendement dans l'activité d'enseignante sous forme d'un absentéisme. Sur le plan rhumatologique, les lombosciatalgies résiduelles la limitent uniquement dans les travaux lourds, les positions assise ou debout prolongées ou penchée en avant. Sur le plan psychique et mental Aucune Sur le plan social Aucune Sur les plans médecine interne et psychiques, la capacité de travail est complète sans diminution de rendement, Il ne sera pas répondu à toutes les questions qui suivent. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? Sur le plan rhumatologique, les lombosciatalgies gauches résiduelles diminuent son rendement de 15% avec en tant qu'enseignante dans le primaire, difficultés à rester penchée en avant, difficulté à rester longtemps assise ou surtout debout. Sur le plan neurologique comme mentionné plus, les céphalées entraînent un absentéisme à l'origine d'une perte de rendement dans l'activité d'enseignante de 30%. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Capacité complète (avec diminution de rendement) 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)? Capacité complète (avec diminution de rendement) 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure? Sur le plan rhumatologique, oui de 15% comme mentionné ci-dessus Sur le plan neurologique, il existe effectivement une diminution du rendement sous forme d'absentéisme que l'on peut estimer globalement comme de 30%. 2.5

Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Sur le plan rhumatologique, depuis 1990 Sur le plan neurologique, depuis 1990 (?). 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Sur le plan rhumatologique, il est resté inchangé Sur le plan neurologique, il est resté globalement inchangé. Sur le plan médecine interne, les incapacités de travail due à la maladie de Vaquez et son traitement n'ont été que ponctuelles. Sur le plan psychique, il n'y a pas d'évidence d'incapacité de travail durable lors des dernières années. [...] 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure? Sur le plan somatique, non si l'activité est bien adaptée. Sur le plan neurologique, toute activité potentiellement exigible serait entachée d'un absentéisme relativement important lié aux céphalées que l'on peut estimer comme représentant une perte de rendement globale de 30%. [...] Remarques et autres questions: L'incapacité de travail somatique globale rhumatologique et neurologique est de 30%, les pertes de rendement en raison des céphalées et des douleurs n'étant pas additionnelles." D'un avis médical du SMR du 23 juin 2008, on extrait ce qui suit: "Les experts confirment l'absence de pathologie psychiatrique invalidante. Sur le plan rhumatologique, les LF induisent une diminution de rendement de 15%, ainsi que retenue selon l'appréciation du SMR en 2005, sur laquelle a été basé le refus d'octroi de prestations. Ce que retiennent par contre les experts comme affection invalidante est d'origine neurologique. Ces derniers estiment en effet que les céphalées mixtes, vasomotrices, tensionnelles et médicamenteuses présentes depuis l'âge de 18 ans, mais en aggravation significative depuis 1999/2000, de par leur importance et leur fréquence entraînent un absentéisme à l'origine d'une perte de rendement dans l'activité d'enseignante de 30%. En conclusion, selon l'avis des experts, en tenant compte à la fois de la problématique ostéoarticulaire et neurologique (pertes de rendement non additionnelles), l'IT globale à considérer est de 30%." f) Par décision sur opposition du 12 août 2008, l'OAI a retenu qu'avant la péjoration de son état de santé, l'assurée a travaillé à plein temps, principalement en tant qu'enseignante (80%) et subsidiairement avec son mari (20%). L'évaluation du degré d'invalidité a été réalisée séparément pour chacune de ces activités, par rapport à un taux d'activité de 100%, puis pondérée par le temps consacré à chacune d'elles. Dans la comparaison des revenus, l'OAI a obtenu, s'agissant de l'activité d'enseignante, un degré d'invalidité de 12,5% pour un taux de 100%, correspondant à un degré de 10% pour un taux de 80%. Il a renoncé à estimer le degré d'invalidité dans l'activité d'aide au mari, compte tenu du fait que même si une invalidité totale devait être reconnue dans cette activité, le degré d'invalidité total ne pourrait pas dépasser 30%. L'OAI a rejeté l'opposition et confirmé la décision contestée. B. a) Par acte du 16 septembre 2008, complété le

## **E. 22**

octobre 2008, V.\_\_\_\_\_ a interjeté un recours contre cette décision. Elle soutient que l'expertise réalisée par le CEMed n'a pas valeur probante. A son sens, l'expertise médicale n'est pas basée sur l'ensemble des documents médicaux, les experts ayant notamment considéré qu'il n'existait pas de rapports de scanner, de radiculographies et de rapports opératoire concernant les lombosciatalgies gauches, alors que de tels documents étaient disponibles au CHUV. En outre, elle souligne que l'expertise du CEMed recèle de nombreux jugements de valeur ou assertions sans fondement et contient de nombreuses erreurs et incohérences, notamment en retenant qu'elle-même bénéficiait de traitements comprenant des AINS, alors qu'elle y est allergique, que le Dr W.\_\_\_\_\_ est rhumatologue, alors qu'il est hémato-oncologue, que "la maladie de Vaquez est actuellement stable et que l'assurée ne devrait pas présenter de symptômes associés à cette

maladie", alors que cette maladie est incurable et ne peut qu'aggraver l'état de santé de la recourante et que la capacité de travail est de 70%, alors qu'ils ont admis que la recourante présentait deux à trois épisodes de maux de tête par semaine d'une durée chacun de 6 à 72 heures. S'appuyant sur l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_, la recourante estime présenter quatre affections psychiatriques en comorbidité avec son trouble somatoforme douloureux, de sorte qu'un caractère invalidant doit être reconnu à ce dernier. En outre, elle considère que, sur le plan anxieux, la tension, l'inquiétude, les manifestations d'anxiété neurovégétatives et l'agoraphobie étaient également limitatives. Elle considère par ailleurs présenter des affections corporelles chroniques mises en évidence tant par le Dr L. \_\_\_\_\_ que le Dr G. \_\_\_\_\_ (céphalées chroniques mixtes, polyallergie, maladie de Vaquez, etc.), un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable mentionné par divers médecins (nombreuses affections chroniques depuis en tout cas 1978), une perte d'intégration sociale et un état psychique cristallisé. Elle estime également que les traitements ambulatoires et statiques ont échoué. La recourante estime également le calcul du degré d'invalidité réalisé par l'OAI. En effet, elle soutient qu'il y a lieu de comparer le revenu qu'elle aurait obtenu avant dans sa précédente activité si elle l'avait exercée à 70% avec le revenu qu'elle pourrait obtenir de l'exercice d'une activité adaptée à un taux de 70%. A son sens, la mise en œuvre d'une enquête économique est nécessaire afin de déterminer son degré d'invalidité dans l'exercice d'aide à son mari. Le degré d'invalidité déterminant correspond, à son sens, à l'addition des degrés d'invalidité ainsi obtenus pour chacune de ces activités. Elle conclut, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité que justice dira, subsidiairement, à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.

b) Dans sa réponse du 8 janvier 2009, l'OAI soutient que les différentes conditions posées par la jurisprudence concernant le caractère invalidant du trouble somatoforme ne sont pas remplies. En effet, il relève que, dans son expertise, le Dr M. \_\_\_\_\_ rapporte que la recourante ne présente pas de trouble de la personnalité, ni de traits nettement morbides, puisqu'elle a assumé un bon fonctionnement socioprofessionnel jusqu'à ces dernières années, et qu'il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, puisque la recourante rencontre quelques amis périodiquement et qu'elle s'entend bien avec son mari et ses deux filles. L'OAI rappelle par ailleurs qu'au moment de l'expertise réalisée par le Dr M. \_\_\_\_\_, la recourante n'était pas suivie par un psychiatre et n'avait pas de traitement à base de psychotrope, de sorte que toutes les possibilités de traitement n'avaient pas encore été épuisées. A la date de la réponse, elle prenait 10 mg de Cipralex par jour et ne présentait pas de trouble de l'humeur important, ni de signes anxieux ou de troubles neurovégétatifs. S'agissant de la détermination du degré d'invalidité, l'OAI estime qu'une enquête économique n'aurait pas apporté de nouveaux éléments, dans la mesure où il ressort de l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_ que la recourante a progressivement abandonné les tâches viticoles et administratives liées à l'activité de son époux. Par ailleurs, l'activité habituelle est adaptée aux limitations fonctionnelles, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à une comparaison des revenus. Dans ces circonstances, la mise en œuvre d'une instruction complémentaire est inutile. L'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

c) Dans un courrier du 11 mai 2009, la recourante a renoncé à se déterminer. En d r o i t : 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des

décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est recevable en la forme. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est directement applicable en l'espèce (art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances (art. 117 al. 1 LPA-VD), est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. 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; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53). En l'espèce, est litigieuse la détermination du degré d'invalidité. b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362, consid. 1b; 116 V 246, consid. 1a, et les références; 96 V 141, consid. 3; cf. encore TF, 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1), sauf bien entendu quand des faits postérieurs ont rendu le litige sans objet (ATF 96 V 141, consid. 3). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié la situation sur la base de laquelle l'autorité administrative a statué doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362, consid. 1; 117 V 287, consid. 4, et les références; cf. encore TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). 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 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 (soit au quart d'une rente entière), 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) aa) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le degré d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de

l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1; 134 V 322, consid. 4.1; TFA I 1034/06 du 6 décembre 2007, consid. 3.3.2.1). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou qu'aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part dans un marché du travail équilibré, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base notamment des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique. Dans ce cas, l'on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidité, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation, susceptibles de limiter ses perspectives salariales; on procédera alors à une évaluation globale des effets de ces empêchements sur le revenu d'invalidité, étant précisé que la jurisprudence n'admet pas de déduction supérieure à 25% (ATF 134 V 322, consid. 5.2; 126 V 75, consid. 3b/aa et bb et 5a). bb) Conformément à la jurisprudence, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité; il incombe au recourant, fût-ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22, RCC 1987 p. 458). Suivant les circonstances, l'obligation de réduire le dommage peut s'étendre aux domaines les plus divers (auto-réadaptation, changement de domicile, obligation de se soumettre à une mesure de réadaptation professionnelle ou médicale, etc.). Toutefois, on ne peut exiger du recourant que des mesures qui sont raisonnablement exigibles compte tenu de toutes les données objectives et subjectives (RCC 1985 p. 328; RCC 1987 p. 458). cc) S'agissant du cas particulier des troubles somatoformes douloureux, il ressort de la jurisprudence que de tels troubles n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4.2.1). Toutefois, 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 (voir également ATF 131 V 49; 130 V 352). 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. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Toutefois, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4 e éd., p. 191) sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352, consid. 3.3.1, et la référence). 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, etc.). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple, une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; voir ATF 132 V 65, consid. 4.2.2; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2, et 396, consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie ou de troubles somatoformes douloureux est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que, comme on l'a dit, les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2) - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi Henningsen, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in: Praxis 94/2005, p. 2007 ss). On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail. c) aa) 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 261, consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 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 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). 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 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confident privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, cons. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351, consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4; TFA I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. bb)

L'assureur et l'instance de recours, en l'occurrence le Tribunal de céans, sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TFA I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

4. a) En l'espèce, la recourante conteste la force probante du rapport d'expertise du CEMed du 22 mai 2008, réalisé par les Drs K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, et B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. Elle estime présenter non seulement quatre affections psychiatriques en comorbidité avec son trouble somatoforme douloureux, de sorte que celui-ci doit être reconnu comme invalidant, mais présenter également, sur le plan anxieux, une tension, une inquiétude, des manifestations d'anxiété neurovégétatives et de l'agoraphobie dans une mesure limitative. En outre, elle souligne souffrir d'affections chroniques mises en évidence tant par le Dr L. \_\_\_\_\_ que le Dr G. \_\_\_\_\_ (céphalées chroniques mixtes, polyallergie, maladie de Vaquez, etc.), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, d'une perte d'intégration et d'un état psychique cristallisé; elle considère également que les traitements ambulatoires et statiques ont échoué. S'agissant du rapport d'expertise du CEMed, rendu le 22 mai 2008, il convient de souligner qu'il a été réalisé par quatre spécialistes des domaines médicaux investigués. Ce

rapport comprend notamment des données personnelles et administratives, une analyse du dossier - avec rappel des pièces versées -, des données subjectives, des données objectives, des résultats d'examen, une étude du dossier radiologique, une synthèse, la discussion du cas et les réponses aux questions de l'OAI. En outre, les experts ont procédé à des examens complémentaires, dont des questionnaires d'autoévaluation, et à une synthèse et une discussion particulièrement circonstanciées. Il présente ainsi tous les éléments exigés par la jurisprudence pour avoir valeur probante. En ce qui concerne les erreurs et incohérences dont se prévaut la recourante, force est de constater que la majorité de celles-ci n'ont aucune influence sur les diagnostics ni sur l'appréciation de la capacité de travail. Il est en effet indifférent de savoir si la recourante est allergique aux AINS, ce qui importe est de déterminer dans quelle mesure l'atteinte à la santé - qui requiert un traitement à base de AINS ou autres - a des répercussions sur la capacité de travail; quant à l'erreur s'agissant de la spécialisation du Dr W. \_\_\_\_\_, elle n'est que formelle et sans incidence sur l'appréciation de la capacité de travail. En ce qui concerne la maladie de Vaquez, on ne voit pas en quoi le fait qu'elle soit incurable et qu'elle ne peut qu'aggraver l'état de santé de la recourante, tel que le soutient cette dernière, soit incompatible avec l'appréciation du CEMed, selon lequel elle est "actuellement stable et l'assurée ne devrait pas présenter de symptômes associés à cette maladie". En effet, seul l'état de fait au moment où la décision entreprise a été rendue est déterminant. Une évolution future - qui au demeurant ne peut être assimilée à une donnée objective, compte tenu de son imprévisibilité - n'entre pas en considération, mais devra le cas échéant faire l'objet d'une révision. Concernant les deux à trois épisodes de maux de tête de 6 à 72 heures, les experts n'ont fait que rapporter ce que la recourante leur a déclaré; il ne s'agit en aucun cas d'une observation objective qu'ils auraient faite. A ce sujet, ils soulignent d'ailleurs que la recourante ne bénéficiait pas d'un traitement de fond mais que celui-ci était prévu et qu'elle présentait des céphalées en casque depuis 1999. Pour le surplus, le résultat de l'examen neurologique s'est avéré dans les normes, compte tenu notamment de l'âge de la recourante. Dans ces circonstances, la capacité de travail retenue n'apparaît pas comme incohérente. En définitive, l'expertise doit se voir reconnaître valeur probante, d'autant plus que la recourante n'a pu avancer le moindre doute en la matière. S'agissant des affections corporelles chroniques (céphalées mixtes, lombalgies, etc.), elles ont été prises en considération par les experts du CEMed. C'est notamment sur la base de ces affections qu'ils ont estimé que la recourante présentait une incapacité de travail de l'ordre de 30%. Au demeurant, il convient de rappeler que, conformément à la jurisprudence, l'avis des médecins traitants, soit en l'occurrence des Drs L. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, doit être généralement admis avec réserve. En outre, il convient de retenir que le Dr G. \_\_\_\_\_, en particulier lorsqu'il déclare que la recourante est en incapacité totale de travailler depuis août 2004, se prononce sur une période durant laquelle il n'a pas suivi la recourante. En effet, il ressort de son rapport du 27 janvier 2005, qu'il a suivi la recourante de février 1999 à novembre 2000. Il n'a ensuite revu la recourante qu'en janvier 2005, afin d'établir le rapport rendu ce mois-là. En l'absence d'un suivi durant la période en cause, on ne peut que réserver la pertinence du rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ à ce sujet. En ce qui concerne les migraines vraies et la fibromyalgie, que la recourante présenterait depuis qu'elle est âgée de 12 ans (1967), relevées par le Dr L. \_\_\_\_\_, ces atteintes n'ont pas empêché la recourante d'assumer un bon fonctionnement socioprofessionnel jusqu'à ces dernières années - ce qui ressort également du rapport d'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ du 29 juillet 2005, dont se prévaut la recourante; elle a en effet pu mener à bien et à terme ses études, fonder une famille et exercer une profession.

S'agissant de l'argument relatif à un état psychique cristallisé et à un échec de tous les traitements ambulatoires ou statiques, il ne peut être suivi. En effet, il ressort des pièces qu'à la date du rapport du CEMed, elle ne bénéficiait d'aucun traitement de fond pour les céphalées et n'avait tenté aucun traitement à base de psychotrope (fibromyalgie, anxiété neurovégétative, agoraphobie, etc.); au demeurant, elle n'était pas suivie d'un point de vue psychiatrique. Dans ces circonstances, on ne peut valablement soutenir que la recourante a fait tout ce que l'on était en droit d'exiger d'elle pour notamment diminuer son dommage et considérer que tous les traitements ont échoué. Dès lors, l'appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_, lequel retient une incapacité de travail de 57% à partir d'août 2003 et une incapacité totale depuis août 2004, n'est pas pertinente au sens de la LAI, compte tenu de la jurisprudence en la matière. Pour le surplus, le Dr M. \_\_\_\_\_ indique que la recourante entretient de bonnes relations avec plusieurs membres de sa famille et qu'elle rencontre périodiquement ses amis; si elle n'en revoit pas certains, ce n'est pas à cause d'un empêchement causé par un troubles psychique, mais en raison de problèmes familiaux, respectivement du fait que ses anciens amis n'arrivent pas à comprendre sa maladie. En outre, elle s'occupe du ménage et de la cuisine. Dans ces circonstances, on ne peut pas, à l'instar de ce qu'ont retenu les experts du CEMed, considérer que la recourante présente une perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie. Le Dr M. \_\_\_\_\_ retient également qu'elle ne présente pas de trouble de la personnalité, ni de traits morbides; elle présentait toutefois une dépression majeure, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité légère au moment de son rapport. Il convient par ailleurs de souligner que, depuis le traitement à base de Cipralex, la recourante ne présente plus de trouble de l'humeur important, ni de signes anxieux ou de troubles neurovégétatifs. Au vu de ce qui précède, on ne peut considérer que la fibromyalgie présentée par la recourante est invalidante. En effet, conformément à la jurisprudence, une telle atteinte ne peut se voir reconnaître un tel caractère qu'à titre exceptionnel, compte tenu de critères stricts. Or, en l'espèce, ceux-ci ne sont pas remplis. En effet, l'expertise dont se prévaut la recourante pour fonder le caractère invalidant de sa fibromyalgie n'est pas pertinente en la matière, car, comme constaté auparavant, à cette époque la recourante n'avait pas fait tout ce que l'on était en droit d'exiger d'elle pour diminuer son dommage, notamment elle n'avait pas tenté tous les traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. Or, il ressort du rapport du CEMed que le traitement au Cipralex, entrepris postérieurement au rapport rendu par le Dr M. \_\_\_\_\_, a eu un effet bénéfique sur l'état de santé de la recourante, laquelle ne présentait plus de trouble de l'humeur important, ni de signes anxieux ou de troubles neurovégétatif. Au demeurant, le trouble dépressif majeur retenu par le Dr M. \_\_\_\_\_, étant isolé, en rémission partielle et d'intensité légère, ne remplit pas les conditions d'acuité et de durée exigée par la jurisprudence en matière de reconnaissance d'une comorbidité psychiatrique. Pour le surplus, il ressort clairement des pièces versées au dossier que la recourante ne présente aucun trouble de la personnalité ni de trait morbide ou de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Quant au processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission, il convient encore une fois de retenir que la recourante n'avait pas entrepris tout ce que l'on était en droit d'exiger d'elle, celle-ci n'ayant pas, en date de l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_, suivi de traitement de fond pour ses céphalées. Au demeurant, les experts du CEMed ont tenu compte de ces céphalées dans leur appréciation de la capacité de travail de la recourante; ces atteintes, bien que ne permettant pas de reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie, n'ont donc pas été ignorées. Il en va de même des lombalgies. En définitive, il ressort du rapport d'expertise que les appréciation

des médecins du CEMed sont convaincantes. Aucun élément objectivement vérifiable n'a été ignoré dans le cadre de l'expertise. En outre, la recourante n'a pu se prévaloir d'éléments objectifs ou suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de ses experts. Au demeurant, seul le rapport du CEMed est le fruit d'une collaboration de plusieurs spécialistes et donc d'un examen transversal de la situation de la recourante. De ce fait, il offre une vision globale que ne peuvent offrir différents rapports distincts limités à un seul aspect de la situation médicale de la personne concernée. Au vu de ce qui précède, la situation médicale de la recourante est suffisamment claire, de sorte qu'aucune instruction complémentaire à ce sujet n'est nécessaire. C'est ainsi avec raison que l'OAI a retenu que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ce qui est notamment le cas de la profession d'enseignante, la recourante présentait une capacité de travail résiduelle de 70%.

b) La recourante a également contesté la méthode de calcul de son degré d'invalidité. Elle a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une enquête économique. S'agissant de la méthode de calcul, la recourante considère qu'il convient de comparer le revenu qu'elle aurait obtenu dans son ancienne activité, si elle l'avait exercée à 70%, avec le revenu qu'elle pourrait obtenir à 70% dans une activité adaptée. Puis, le résultat ainsi obtenu aurait dû être pondéré compte tenu de ses limitations fonctionnelles. Il convient d'emblée de retenir que cette manière de procéder est erronée. En effet, la détermination du degré d'invalidité implique que soient comparés le revenu d'invalidité avec le revenu sans invalidité. En revanche, la recourante semble soutenir qu'il convient de comparer deux revenus d'invalidité, l'un résultant de l'ancienne activité avec l'autre résultant d'une activité adaptée. Or, une telle comparaison n'aurait aucun sens, lorsque, comme cela est le cas ici, l'ancienne activité correspond à une activité adaptée. Il est en effet impossible de déterminer le degré d'invalidité si les deux revenus comparés sont des revenus d'invalidité, un des deux revenus à comparer devant nécessairement être un revenu sans prise en compte de l'invalidité. En outre, il ne fait aucun sens de comparer deux revenus d'invalidité qu'il faudrait encore pondérer conformément aux limitations fonctionnelles. En effet, la capacité de travail tient d'ores et déjà compte de l'influence des limitations fonctionnelles. En l'espèce, c'est la prise en considération de ces limitations qui fait que la capacité de travail résiduelle de la recourante est de 70%. Dès lors, leur prise en compte a déjà lieu lors de la comparaison du revenu d'invalidité avec celui sans invalidité, de sorte qu'une pondération subséquente ne peut avoir lieu, sous peine de prendre en considération par deux fois les limitations fonctionnelles. En l'espèce, il importe peu de déterminer dans quelle mesure la recourante travaillait en tant qu'enseignante et en tant qu'aide à son mari. En effet, il ressort notamment du rapport d'expertise du CEMed que l'activité habituelle de la recourante est adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte que l'on pourrait exiger d'elle qu'elle n'exerce que cette profession. Dans ces circonstances, la mise en œuvre d'une enquête économique s'avère inutile. Au demeurant, si elle devait être réalisée, sa prise en considération n'aurait lieu que si elle permettait de reconnaître une capacité de travail supérieure à 70% - compte tenu que dans les autres cas, seule la capacité de travail dans une activité adaptée (30%) serait retenue -, ce qui serait contraire aux intérêts de la recourante. Dans ces circonstances et compte tenu du fait que l'activité habituelle est adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, le degré d'invalidité se confond avec son incapacité de travail et doit donc être reconnu à 30%. Etant inférieur au seuil de 40% exigé par la loi (cf. art. 28 al. 2 LAI), l'incapacité de travail présentée par la recourante ne donne pas droit à une rente.

5. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. 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 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, un émolument judiciaire, qui doit être arrêté à 250 fr., sera mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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