

## **VD\_GERICHTE ZD09.015993 vom 21. März 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-03-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.015993](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.015993)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.015993 du 21 mars 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD09.015993 del 21 marzo 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

dysthymie (F34.1 CIM- 10),

#### **E. 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

- 19 - 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). b) En l'espèce, est litigieux le point de savoir si la recourante a droit à une rente AI, particulièrement si elle présente une capacité de travail dans une activité adaptée.

#### **E. 2.2**

et les références; TF 9C\_619/2009 du 9 décembre 2009, consid. 3 et les références).

#### **E. 3**

a) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, 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

- 20 - 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 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). De jurisprudence constante, il est admis que le fait pour des organismes d'assurances sociales de mandater des médecins en qualité d'experts ne saurait, à lui seul, prêter le flanc à critiques (TFA I 371/2005 du 1er septembre 2006, consid. 5.3.2; I 415/2005 du 29 septembre 2005, consid. 2; I 40/2002 du 22 janvier 2003, consid. 3.2 et I 218/2000 du 14 juin 2000, consid. 4b). L'expert désigné par l'OAI bénéficie d'une présomption d'impartialité. Il appartient donc à l'expertisé d'établir la preuve du contraire (TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert, ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376 consid. 6.2; 123 V 175 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas; elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4; 9C\_34/2008 du 7 octobre 2008, consid. 3; TFA I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2; I 573/04 du 10 novembre 2004, consid. 4). b) En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances doit établir les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties; il administre les preuves et les apprécie librement. Cette disposition, qui consacre le principe inquisitoire, impose au juge de constater d'office les faits pertinents de la cause, après avoir administré les preuves nécessaires. Toutefois, le tribunal peut considérer

- 21 - qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, il ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération; le cas échéant, il peut renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (TF 9C\_543/2009 du 1er octobre 2009, consid.

#### **E. 4**

a) Sur le plan psychique, l'expert G. \_\_\_\_\_ diagnostique une dysthymie et des troubles somatoformes douloureux. Le Dr B. \_\_\_\_\_ et le Dr T. \_\_\_\_\_ diagnostiquent sur le plan somatique une fibromyalgie. S'agissant de la fibromyalgie, la jurisprudence applicable en matière de troubles somatoformes douloureux l'est aussi en matière de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la

santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. 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

- 22 - 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 figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St Gall 2003, p.77). Selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F]*, 4e éd., p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 81, note 135). En l'espèce, l'expert retient un état de dysthymie. Ce diagnostic, posé après examen des critères du trouble dépressif de l'OMS, est bien étayé et approfondi. Cette conclusion de l'expert ne saurait être

- 23 - mise en doute par celle du psychologue K.\_\_\_\_\_ et du Dr H.\_\_\_\_\_ qui retiennent un trouble dépressif récurrent, lequel est toutefois insuffisamment documenté et ne saurait être suivi. Il en va de même de celui du Dr T.\_\_\_\_\_, lequel retient une dépression et n'est, au demeurant, pas spécialiste. Il n'y a ainsi pas de comorbidité psychiatrique importante. En ce qui concerne les autres critères, la recourante souffre certes d'affections corporelles chroniques. Cependant, il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Il résulte en effet de l'expertise que la recourante s'entend bien avec son mari. Elle s'occupe de son ménage et voit quelques amies turques. En ce qui concerne l'état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), il n'y a pas d'élément au dossier en faveur de la réalisation de ce critère. Enfin il n'y a pas d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée

(ATF 130 V 132). La présomption que le trouble somatoforme/fibromyalgie ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible n'est ainsi pas renversée. C'est d'ailleurs ce que constate l'expert qui conclut à une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique. Le rapport d'expertise du 11 août 2008 qui souscrit aux réquisits de la jurisprudence doit ainsi être suivi. Force est dès lors de constater qu'il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. b) Sur le plan somatique, le Dr B.\_\_\_\_\_, dans ses rapports des 19 décembre 2003 et 14 juillet 2004, ne constate pas de syndrome cervico-dorso-lombaire, ni de contracture de la musculature para-

- 24 - vertébrale. Il diagnostique une fibromyalgie et un trouble somatoforme et retient une capacité de travail entière. Le 24 décembre 2004, le Dr P.\_\_\_\_\_ ne retient pas d'atteinte du système nerveux central. Le rapport d'IRM lombaire du 16 novembre 2005 montre une protrusion discale postéromédiane modérément sténosante en L4-L5, une hernie discale postéromédiane gauche modérément sténosante à sténosante en L5-S1 produisant un conflit avec la racine S1 gauche à son émergence ainsi qu'une hypertrophie des ligaments jaunes et des remaniements arthrosiques postérieurs rétrécissant le canal lombaire de L4-L5 à L5-S1. A la suite de ce rapport, le Dr T.\_\_\_\_\_ estime que l'incapacité de travail est totale. Cette appréciation n'est toutefois pas motivée et se fonde également sur des troubles d'ordre psychiatrique, lesquels n'entraînent pas d'incapacité de travail comme mentionné précédemment. Le 25 octobre 2006, le Dr P.\_\_\_\_\_ indique qu'il ne fait pas de doute que les anomalies dégénératives disco-vertébrales et le rétrécissement du diamètre du canal rachidien observés à l'IRM lombaire peuvent être la cause de douleurs lombaires voire d'une irritation radiculaire pouvant entraîner une gêne dans les activités lourdes notamment du ménage. Cependant, il n'y a pas la preuve d'une franche compression radiculaire tant sur le plan anamnestique que clinique et électrophysiologique, le tableau clinique restant dominé par des éléments de fibromyalgie. En ce qui concerne la capacité de travail, il estime que les anomalies radiologiques mises en évidence à l'IRM pourraient justifier une incapacité de travail de 50%. Cette estimation n'est toutefois pas motivée et l'on ignore, en outre, si elle concerne des activités lourdes uniquement ou toute activité. Le 6 décembre 2006, le Dr C.\_\_\_\_\_ diagnostique sur le plan somatique des pan-rachialgies chroniques non spécifiques persistantes, à savoir des troubles statiques et dégénératifs rachidiens ainsi qu'un déconditionnement physique global et focal. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail. En revanche, dans son rapport du 8 janvier 2007, il

- 25 - mentionne que l'IRM réalisée en novembre 2005 montre des lésions discales L4-L5 et L5-S1, sans compression neurologique définissable, mais une hétérogénéité de la musculature lombaire basse, au niveau lombo- sacré en particulier, ce qui est un argument important pour une déficience fonctionnelle objective à ce niveau. Il estime qu'une rééducation est nécessaire, laquelle aura pour but une information sur les différentes facettes du problème, un apprentissage des postures de protection lombaire, une correction des dysbalances musculaires sur hypo- extensibilité, une rééducation instrumentale et proprioceptive, visant également à récupérer la coordination motrice. Selon lui, le traitement doit avoir lieu au minimum 3 fois par semaine, avec comme prescription initiale entre 9 et 15 séances, et exige 3 à 12 mois d'effort (voire 3 ans, selon son rapport du 20 octobre 2009) pour développer ses effets, étant précisé que cette démarche va, au début, aggraver la symptomatologie et ne développer ses effets que très lentement. Le Dr C.\_\_\_\_\_ estime que tant que cette prise en charge n'a pas apporté une amélioration de la situation, il n'est pas exigible de demander un travail même léger à la recourante. Ce

médecin ne se prononce toutefois pas sur une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée, à l'issue de ces mesures thérapeutiques. Le 11 août 2008, le Dr G.\_\_\_\_\_ relève que les Drs C.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, respectivement rhumatologue et neurologue, ont souligné l'existence d'un substrat bien réel et expliqué, du moins en partie, les douleurs lombaires et différentes gênes dont souffrait la recourante. Il mentionne que le Dr C.\_\_\_\_\_ a proposé un certain nombre de mesures thérapeutiques susceptibles d'améliorer la situation, sans toutefois que le dossier ne documente de tels efforts thérapeutiques. Il conclut ainsi qu'au stade actuel du dossier, la réelle atteinte et diminution de la capacité de travail éventuelle sur le plan somatique ne paraît pas suffisamment éclaircie. Il ne résulte pas du dossier que la recourante ait suivi le traitement préconisé. Cela ressort d'ailleurs implicitement du dernier rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 20 octobre 2009, lequel expose que la

- 26 - patiente est désespérée devant la situation, ne comprenant pas les tenants et aboutissants de son problème de santé, ne parlant pratiquement pas le français hormis de façon rudimentaire, ce qui ne lui permet pas une compréhension suffisante pour intégrer les notions de rééducation et d'autogestion. Il sied à cet égard de préciser que l'intimé ne peut rejeter la demande de prestations de la recourante au motif que cette dernière n'a pas mis en œuvre tout ce qui était possible pour diminuer son dommage. En effet, il appartient à l'OAI de demander à l'assuré d'entreprendre les mesures thérapeutiques qui sont susceptibles de lui faire retrouver une capacité de travail et de gain importante et lui permettre de réintégrer le monde du travail. En cas de refus de sa part, il doit mettre en œuvre la procédure de sommation prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA, en vertu de laquelle les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle capacité de gain (TF 9C\_538/2009 du 8 janvier 2010, consid. 4.2 et la référence). c) A l'aune des différents avis médicaux, la cour de céans n'est pas suffisamment renseignée pour pouvoir statuer en l'état. En effet, les Drs C.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ admettent une hernie discale compressive, se référant à l'IRM lombaire du 16 novembre 2005, mais leurs avis divergent quant aux conséquences sur la capacité de travail; le premier retient une incapacité de travail totale tant qu'une rééducation n'aura pas eu lieu, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail exigible à l'issue des mesures thérapeutiques préconisées, et le second estime l'incapacité de travail à 50%, sans autre motivation. Ils n'ont au demeurant pas indiqué à partir de quelle date les lésions avaient des conséquences sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Dans ces conditions, la cause doit être renvoyée à l'OAI afin qu'il ordonne une expertise rhumatologique portant sur les troubles

- 27 - somatiques de la recourante, notamment leur évolution et leurs conséquences sur la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. Il n'est pas opportun que le Tribunal cantonal ordonne lui-même une expertise judiciaire, ni qu'il suspende la cause le temps que l'intimé complète l'instruction. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3 et les références). En l'occurrence, la solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour les motifs que l'on vient d'exposer, à annuler la décision attaquée et à renvoyer l'affaire à l'intimé afin qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants puis qu'il rende une nouvelle décision tenant compte de l'évaluation médicale

et actualisée de l'état de santé, respectivement du degré d'invalidité de la recourante.

#### **E. 5**

a) Il résulte de ce qui précède que le recours, fondé, doit être admis et la décision rendue le 20 mars 2009 par l'OAI annulée. La cause sera renvoyée à l'autorité intimée pour nouvelle décision après complément d'instruction au sens des considérants. b) 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. Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution des tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires. c) La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA), comprenant une participation aux honoraires de son avocat, fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA; art. 7 al. 3

- 28 - du Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008 [TFJAS, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel et obtenant gain de cause, a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 francs.

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