

# **VD\_GERICHTE ZD10.016170 vom 6. Oktober 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-10-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD10.016170](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.016170)

FR: VD\_GERICHTE ZD10.016170 du 6 octobre 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD10.016170 del 6 ottobre 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Traitement du 05.02.1999 au 20.11.2000.

#### **E. 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.

#### **E. 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 l'ai 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.

#### **E. 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%.

#### **E. 2.2**

Description précise de la capacité résiduelle de travail Capacité complète (avec diminution de rendement)

#### **E. 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)

#### **E. 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%.

### **E. 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 (?).

- 14 -

### **E. 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. [...]

### **E. 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 L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et hématologie, auquel l'assurée a été adressée par son médecin traitant (Dr Z. \_\_\_\_\_), 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 Z. \_\_\_\_\_ en ce qui concerne l'appréciation de l'incapacité de travail. b) aa) Le 19 avril 2005, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a établi une expertise médicale, contenant une anamnèse, les plaintes subjectives de l'assurée, des

- 4 - 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 K. \_\_\_\_\_ 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 Z. \_\_\_\_\_ 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 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 vu 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

- 5 - 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 N. \_\_\_\_\_, 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'examen 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.

- 6 -

### **E. 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/ou 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

- 15 - 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. Par arrêt du 23 février 2010 (cause n° 473/08 – 75/2010), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours formé par l'assurée contre cette décision, qu'elle a ainsi confirmée. Elle a notamment retenu ce qui suit: "[...] En l'espèce, la recourante conteste la force probante du rapport d'expertise du Centre d'Expertises F. \_\_\_\_\_ du 22 mai 2008, réalisé par les Drs Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, R. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, et P. \_\_\_\_\_, 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 Z. \_\_\_\_\_ que le Dr B. \_\_\_\_\_ (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 Centre d'Expertises F. \_\_\_\_\_, 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

- 16 - 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 L. \_\_\_\_\_, 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 Centre d'Expertises F.\_\_\_\_\_, 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 Centre d'Expertises F.\_\_\_\_\_. 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 Z.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, doit être généralement admis avec réserve. En outre, il convient de retenir que le Dr B.\_\_\_\_\_, 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 B.\_\_\_\_\_ 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 Z.\_\_\_\_\_, 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 N.\_\_\_\_\_ 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.

- 17 - 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 Centre d'Expertises F.\_\_\_\_\_, 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 N.\_\_\_\_\_, 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 N.\_\_\_\_\_ 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 Centre d'Expertises F. \_\_\_\_\_, considérer que la recourante présente une perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie. Le Dr N. \_\_\_\_\_ 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 Cipralax, 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 Centre d'Expertises F. \_\_\_\_\_ que le traitement au Cipralax, entrepris postérieurement au rapport rendu par le Dr N. \_\_\_\_\_, 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 N. \_\_\_\_\_, 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 malade s'étendant sur

- 18 - 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 N. \_\_\_\_\_, suivi de traitement de fond pour ses céphalées. Au demeurant, les experts du Centre d'Expertises F. \_\_\_\_\_ 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 appréciations des médecins du Centre d'Expertises F. \_\_\_\_\_ 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'élément objectif ou suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions de ces experts. Au demeurant, seul le rapport du Centre d'Expertises F. \_\_\_\_\_ 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%. [...] Cet arrêt, notifié le 16 avril 2010, est entré en force. C. Par acte du 19 mai 2010, W. \_\_\_\_\_, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, a déposé devant l'autorité de céans une demande de révision de cet arrêt, en concluant, sous suite de frais et dépens, à sa révision en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui est reconnu dès le 1er août 2003, avec intérêt à 5% l'an dès le 1er août 2005. Elle allègue qu'une action a été ouverte devant le Tribunal des assurances (depuis le 1er janvier 2009: Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal) le 2 novembre 2007, tendant à la reconnaissance d'une pension d'invalidité définitive complémentaire de 42,8571% dès le 1er janvier 2007, étant précisé qu'une première rente définitive lui avait déjà été reconnue dès le 1er janvier 2004 à un taux de 57,1429%. Dans le cadre de cette procédure, une commission d'experts de la Polyclinique H. \_\_\_\_\_ a procédé à une expertise et a rendu son rapport le 16 mars 2010. Sur cette base, la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud (ci-après: la CPEV) a décidé le 5 mai 2010 d'accorder à l'intéressée

- 19 - une pension d'invalidité supplémentaire de 42,8571% (soit au total 100%), ce qui a conduit W. \_\_\_\_\_ à retirer son action devant la cour de céans le 17 mai 2010. En définitive, elle considère que cette expertise, tout en portant sur les mêmes faits que l'arrêt dont la révision est demandée, constitue un moyen de preuve nouveau, qui justifie la demande de révision. Dans sa réponse du 7 juillet 2010, l'OAI indique que l'expertise produite par la requérante ne saurait constituer un motif de révision dès lors qu'elle ne contient pas d'élément de fait nouveau, antérieur à l'arrêt du 23 février 2010 et découvert postérieurement à celui-ci, mais qu'il s'agit seulement d'une appréciation médicale différente. L'OAI rappelle en outre que par ordonnance du 19 janvier 2009, le juge instructeur de la cour de céans a refusé de suspendre la cause AI 473/08, motif pris que la notion d'invalidité est différente en matière d'assurance-invalidité de celle prévalant en matière de prévoyance professionnelle. Dans sa réplique du 27 août 2010, la requérante relève que le rapport d'expertise du 16 mars 2010 ne lui a été communiqué que le 5 mai 2010, de sorte qu'il ne lui était pas possible de s'en prévaloir avant cette date. Ce rapport constitue dès lors un motif de révision de l'arrêt du 23 février 2010 puisqu'il fonde des faits qui existaient alors, mais dont elle n'a pas pu se prévaloir avant le 5 mai 2010. Ainsi, cette expertise permet de revoir l'état de fait retenu dans l'arrêt dont la révision est demandée, attendu qu'elle permet de retenir un diagnostic documenté qui n'a pas été retenu lors de la première décision. En effet, un diagnostic constitue un fait en lui-même et non une appréciation de ce fait. Elle se réfère pour le surplus à son écriture du 19 mai 2010 ainsi qu'à ses conclusions. Dupliquant le 16 septembre 2010, l'OAI relève que l'on n'est pas en présence d'un élément de fait nouveau antérieur à l'arrêt du 23 février 2010, découvert postérieurement à celui-ci, mais seulement d'une appréciation médicale différente. L'expertise du 16 mars 2010 ne constitue donc pas un motif de révision de l'arrêt du 23 février 2010. A la demande du juge instructeur, le conseil de la requérante a produit le 3

- 20 - octobre 2011 la pièce n° 2 de son bordereau dans son intégralité (copie de la lettre du 5 mai 2010 de la CPEV, ainsi que de l'expertise du 16 mars 2010). E n d r o i t : 1. La procédure devant le tribunal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. La lettre i de cette disposition prévoit notamment que les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve

nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement. Dans le canton de Vaud, la procédure de révision d'un jugement cantonal est régie par les art. 100 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36). 2. a) Aux termes de l'art. 100 LPA-VD, un jugement entré en force peut être annulé ou modifié, sur requête, s'il a été influencé par un crime ou un délit (al. 1 let. a) ou si le requérant invoque des faits ou des moyens de preuve importants qu'il ne pouvait pas connaître lors de la première décision ou dont il ne pouvait pas ou n'avait pas de raison de se prévaloir à cette époque (al. 1 let. b). Les faits nouveaux survenus après le prononcé du jugement ne peuvent donner lieu à une demande de révision (al. 2). La demande de révision doit être déposée dans les nonante jours dès la découverte du moyen de révision; dans le cas mentionné à l'art. 100 al. 1 let. b LPA-VD, le droit de demander la révision se périmé en outre par dix ans dès la notification du jugement visé (art. 101 al. 2 LPA-VD). L'autorité ayant rendu le jugement visé statue sur la demande de révision (art. 102 LPA-VD). b) Il n'est pas contestable qu'au moment où l'arrêt du 23 février 2010 a été notifié, soit le 16 avril 2010, la requérante ne disposait pas du rapport d'expertise des médecins de la Policlinique H. \_\_\_\_\_, daté

- 21 - du 16 mars 2010, puisque celui-ci a été adressé au conseil de la requérante par la CPEV avec sa décision du 5 mai 2010. Déposée le 19 mai 2010, la présente demande de révision l'est dès lors en temps utile. Elle est en outre recevable en la forme. 3. En l'espèce, la requérante invoque pour motif de révision un moyen de preuve nouveau, à savoir l'expertise médicale (rapport du 16 mars 2010) réalisée dans le cadre de la procédure qui l'a opposée à la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF [loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110]), anciennement sur l'art. 137 let b OJF (cf. TF 9F\_4/2009 du 29 septembre 2009 et TFA I 183/04 du 28 avril 2005 c. 2.2 et les références). Selon la jurisprudence, ne peuvent justifier une révision que les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence; en outre, ces faits doivent être pertinents, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits pertinents qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne

- 22 - serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul

fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (cf. TF 9F\_4/2009 du 29 septembre 2009 et les références; cf. également Pierre Ferrari, in Bernard Corboz, Commentaire de la LTF, n. 16 ss, 20 ss ad art. 123). 4. Doit en l'occurrence être tranchée la question de savoir, s'agissant d'un nouveau moyen de preuve, et plus particulièrement d'une expertise, si celle-ci fournit des éléments de fait nouveaux, dont il résulterait que l'arrêt du 23 février 2010 comportait des défauts objectifs. En l'espèce, la requérante présente des atteintes à la santé sur le plan somatique et psychique. Sur le plan somatique, les médecins de la Polyclinique H.\_\_\_\_\_ posent entre autres les diagnostics de polycythémie vera (D 75.1), existant depuis 2004, et de lucite polymorphe avec poussées d'urticaires récidivantes (L 56.4). Ces diagnostics correspondent à des troubles déjà mis en évidence par des médecins ayant examiné antérieurement la requérante. Ainsi, la polycythémie vera (ou maladie de Vaquez) a déjà été diagnostiquée par les Drs B.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ tandis que la lucite polymorphe fait référence à une allergie au soleil, connue de longue date également puisque le Dr B.\_\_\_\_\_ diagnostique en 2005 une polyallergie sévère, notamment au soleil. Il en va de même des lombosciatalgies, des migraines, ainsi que des affections

- 23 - et douleurs affectant le membre inférieur gauche, entre autres au niveau de la hanche. S'agissant des troubles psychiques, les experts de la Polyclinique H.\_\_\_\_\_ ne font pas état d'éléments de fait nouveaux, qui n'auraient pas été pris en considération dans l'arrêt dont la révision est aujourd'hui demandée. En effet, le trouble dépressif, le syndrome douloureux somatoforme persistant, l'anxiété généralisée ainsi que le trouble mixte de la personnalité ont déjà été discutés par les psychiatres dont les rapports ont été versés au dossier soumis à la juridiction de céans. L'on ne saurait dès lors soutenir que cette dernière ait ignoré des faits essentiels pour rendre son arrêt. Certes, la requérante admet que l'expertise des médecins de la Polyclinique H.\_\_\_\_\_ porte sur les mêmes faits que ceux ayant conduit à l'arrêt dont la révision est demandée. Ce qui est toutefois décisif selon la jurisprudence exposée ci-avant, c'est que le moyen de preuve serve à l'établissement de faits nouveaux, dont il résulterait que les bases de l'arrêt entrepris comportent des défauts objectifs. La requérante soutient que l'expertise du 16 mars 2010 permet de retenir un diagnostic documenté, qui n'a pas été retenu lors de l'arrêt dont elle demande la révision. Or, on vient de le voir, l'ensemble des diagnostics posés par les médecins de la Polyclinique H.\_\_\_\_\_ fait référence à des pathologies déjà connues au moment où l'arrêt principal a été rendu. Au demeurant, la requérante ne démontre pas en quoi, en l'absence de diagnostic documenté, cet arrêt comporterait de tels défauts, d'un point de vue objectif. On ne se trouve ainsi pas en présence d'un élément de fait nouveau antérieur audit arrêt et découvert postérieurement à celui-ci. Bien plutôt, l'expertise déposée exprime une appréciation médicale différente sur une question particulière, celle de la capacité de travail de la requérante, en fonction des diagnostics retenus, effectuée sur la base d'un nouvel examen de faits déjà connus de la cour de céans au moment de l'arrêt principal.

- 24 - 5. Dans ces circonstances, les conditions d'une révision ne sont pas réunies et la demande doit être rejetée. Il y a lieu de statuer sans frais, puisqu'il ne s'agit pas ici d'une procédure de recours au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), ni dépens (art. 61 let. g LPGA), la requérante n'obtenant pas gain de cause.

## E. 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 nuchalgies 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. Étant 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

- 7 - 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 T.\_\_\_\_\_ 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 K.\_\_\_\_\_, 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 psychothérapeutique 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,

- 8 - l'absence de difficultés relationnelles dans ce cadre ou de phénomène de burn out.

## **E. 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 établi un avis médical dont on extrait 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

- 9 - 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 C. \_\_\_\_\_). Décrites comme quotidiennes en 1999 par le neurologue traitant, le Dr B. \_\_\_\_\_, 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 K. \_\_\_\_\_, 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 N. \_\_\_\_\_ 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

- 10 - justifiaient de reconnaître un caractère invalidant à son trouble somatoforme douloureux. e) L'OAI a confié un mandat d'expertise au Centre d'Expertises F. \_\_\_\_\_, lequel a rendu son rapport le 22 mai 2008 (expertise réalisée par les Drs Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, R. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, et P. \_\_\_\_\_, 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'examen complémentaires, une étude du dossier radiologique, une synthèse, la discussion du cas et les réponses aux questions de l'OAI. On extrait de ce document 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 N. \_\_\_\_\_ 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

- 11 - 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. Quoi qu'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 N. \_\_\_\_\_, 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, Mme W. \_\_\_\_\_ 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 Mme W.\_\_\_\_\_ connaissent une composante médicamenteuse étant donné l'importance de la prise d'AINS, d'antalgiques et de Triptans. Par ailleurs, Mme W.\_\_\_\_\_ 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 lombovertebral significatif. On relève tout au plus des points de Valleix fessiers gauches un peu sensibles ainsi qu'une manœuvre 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 Mme W.\_\_\_\_\_ 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, Mme W.\_\_\_\_\_ présente des lombosciatalgies gauches chroniques depuis 1990 sans déficit

- 12 - 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 K.\_\_\_\_\_, 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 le 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.

- 13 - 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

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