

# VD\_GERICHTE ZD12.000277 vom 19. Februar 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-02-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD12.000277](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.000277)

FR: VD\_GERICHTE ZD12.000277 du 19 février 2013

IT: VD\_GERICHTE ZD12.000277 del 19 febbraio 2013

## Erwägungen

### E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; 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 et 69 LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss 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, les recours ont été déposés en temps utile devant le tribunal compétent. Ils remplissent les autres exigences légales de forme et sont par conséquent recevables (art. 61 let. b LPGA). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

### 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 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 p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, la recourante ne conteste pas les diagnostics retenus par les experts du W.\_\_\_\_\_ dans leur rapport du 25 mai 2010 mais leur influence sur sa capacité de travail résiduelle, qui, selon elle, est

- 17 - nulle, au mieux de 30 %. Pour corroborer ses allégations, elle se prévaut des avis médicaux de ses médecins traitants et de celui de la Dresse P.\_\_\_\_\_. Elle fait également valoir que la Caisse de pensions de l'Etat de [...] lui a alloué une rente entière. La recourante conteste également le taux d'invalidité retenu par l'OAI en faisant valoir que, même dans l'approche théorique de comparaison des revenus, l'OAI devait tenir compte du fait que les experts avaient défini l'activité professionnelle encore exigible comme "une activité de secrétariat avec peu de stress et sans responsabilités". Or, elle soutient que dans une telle activité elle ne pourrait prétendre à un salaire "d'une secrétaire ayant des responsabilités" de sorte que le tableau comparatif des revenus doit être modifié en ce sens. Enfin, la recourante prétend que l'importance des limitations fonctionnelles qu'elle présente à son âge ne lui permet plus que d'envisager une activité autre qu'occupationnelle.

### E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou

- 18 - d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux 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 (art. 16 LPGA). b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; TF, I 312/06 arrêt du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis

- 19 - médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; TF, 9C\_418/2007, arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la

personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

#### **E. 4**

a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF, 9C\_547/2008, arrêt du 19 juin 2009, consid. 2.1). Du point de vue juridique, la fibromyalgie et les troubles somatoformes douloureux répondent aux mêmes règles lorsque se pose la question de leur caractère invalidant. La fibromyalgie est en effet une

- 20 - affection à l'étiologie incertaine caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire, qui s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives, telles que, notamment, la fatigue, les troubles du sommeil, le sentiment de détresse et des céphalées. Le diagnostic de fibromyalgie ne renseigne toutefois pas sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur leur pronostic que l'on peut poser dans un cas concret. Le Tribunal fédéral a dès lors estimé, en l'état actuel des connaissances, qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4; TF, 9C\_815/2008, arrêt du 29 mai 2009). Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses 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 douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71 ; TF, 9C\_547/2008, arrêt du 19 juin 2009 précité, consid. 2.1). 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

- 21 - 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); 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; TF, 9C\_547/2008, arrêt du 19 juin 2009 précité, consid. 2.2). 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], 4e 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; TFA I 513/05, arrêt du 7 septembre 2006). b) En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante présente une fibromyalgie ainsi que des atteintes à la santé psychique. Ce ne sont ainsi pas tant les diagnostics indiqués dans le rapport d'expertise bidisciplinaire du W. \_\_\_\_\_ qui sont litigieux que leur influence sur la capacité de travail de la recourante, partant sur le taux d'invalidité retenu par l'OAI.

- 22 - L'intimé fonde sa décision de retenir une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée sur l'avis de l'expert psychiatre, le Dr L. \_\_\_\_\_, qui retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec une capacité de travail résiduelle de 50 %, alors que le psychiatre traitant, le Dr K. \_\_\_\_\_, considère que l'épisode dépressif est sévère et relève que, selon la CID-10, un tel épisode entraîne une "incapacité de poursuivre ses activités sociales, professionnelles ou ménagères". c) L'expertise bidisciplinaire du W. \_\_\_\_\_ repose sur un examen personnel de l'assurée en février 2010 ainsi que sur les pièces médicales recueillies par l'OAI. Elle récapitule l'anamnèse de l'assurée. Elle expose en outre les plaintes et données subjectives de l'intéressée ainsi que les résultats de l'examen clinique pratiqué sur elle (données objectives). Puis, les experts discutent de leurs constatations avant de répondre aux questions soulevées par l'OAI. Leurs conclusions, détaillées sont convaincantes. L'expertise du W. \_\_\_\_\_ remplit ainsi tous les réquisits jurisprudentiels et elle doit être préférée à l'avis du médecin traitant s'agissant des aspects psychiatriques. d) Force est donc de constater que, sur le plan psychique, l'on ne peut retenir une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée et ainsi considérer que la fibromyalgie de la recourante a une influence sur sa capacité de travail. Au demeurant, on ne saurait non plus retenir une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie puisqu'il ressort de l'anamnèse que la recourante continue à avoir des contacts sociaux. Cela étant, il faut toutefois relever que l'expert psychiatre retient que la fatigue, le manque d'énergie et le trouble de la personnalité sont source d'incapacité partielle de travail dans toute activité; il fixe à 50 % (4 heures par jour) le taux de capacité résiduelle de travail de la recourante. Pour les mêmes motifs qu'exposés précédemment, il n'y a pas

- 23 - de raison de s'écarter de cette appréciation. Cela étant, le même expert indique que le trouble de la personnalité peut rendre difficile l'adaptation à un poste de travail avec des responsabilités et impliquant d'importants contacts relationnels, aux exigences de rendement. Il précise encore qu'une activité de secrétariat avec peu de stress et sans responsabilité serait adaptée et ne nécessiterait pas de réadaptation. Or, de la description faite par le Service du personnel du travail de la recourante avant l'atteinte à la santé, on peut déduire qu'elle occupait un poste de secrétaire de chef de service. Il ne s'agit à l'évidence pas d'un poste sans stress ni responsabilité ou exigences de rendement. Ainsi, contrairement à ce qu'a retenu l'OAI, ce travail n'est pas adapté aux limitations fonctionnelles d'ordre psychique décrites dans l'expertise. Ce qui ne signifie toutefois pas d'emblée que toute activité de type secrétaire ne serait pas adaptée à l'état de santé actuel de la recourante. Il n'empêche qu'une activité de secrétariat adaptée, donc sans responsabilité, sans stress ni exigences de rendement, implique une classification salariale inférieure, ce qui n'est vraisemblablement pas sans conséquence sur le degré d'invalidité puisque, dans le cas d'une personne sans activité lucrative comme en l'espèce, le degré d'invalidité résulte de la comparaison des revenus avec et sans invalidité. In casu, l'intimé, se fondant sur la prémisse que l'activité habituelle de secrétaire était adaptée aux limitations fonctionnelles indiquées par les experts, n'a pas jugé nécessaire de procéder à une comparaison des revenus mais s'est contenté de considérer que le degré d'invalidité équivalait au taux de la capacité résiduelle de travail (50 %). La Cour de céans ne disposant pas des éléments nécessaires à l'évaluation du degré d'invalidité de la recourante par comparaison des revenus, il convient de renvoyer la cause à l'intimé, à charge pour lui de procéder à l'instruction complémentaire nécessaire sur ce point. Pour ce motif déjà, les décisions entreprises doivent être annulées. Reste toutefois à examiner encore les griefs soulevés par la recourante quant à l'évaluation de son état de santé somatique et à ses conséquences sur la capacité de travail.

- 24 - e) Sur le plan somatique, l'expert rhumatologue D. \_\_\_\_\_ a posé comme diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail une capsulite rétractile de l'épaule D. Il considère que cette affection pourrait limiter la capacité de travail de la recourante dans certaines activités mais pas dans celle de secrétaire, à condition toutefois que les travaux au-delà de l'amplitude maximale de l'articulation gléno-humérale soient exclus, d'où une diminution de rendement de 20 % au maximum (expertise, p. 21). Dans son rapport médical du 2 mars 2012, la Dresse P. \_\_\_\_\_, rhumatologue, pose le même diagnostic que l'expert, à savoir une capsulite rétractile de l'épaule droite diagnostiquée en 2005. Toutefois, elle indique également une capsulite rétractile de l'épaule gauche diagnostiquée en 2007, ce qui est étonnant puisque c'est la première fois qu'une atteinte de ce type à l'épaule gauche est mentionnée dans le dossier médical de la recourante. Pour le surplus, la Dresse P. \_\_\_\_\_ évoque des cervicalgies persistantes, sans hernie discale, en relevant que les dimensions canalaires sont limitées dans le sens antéro-postérieur mais sans signe de myelopathie cervicale. Selon cette spécialiste, il existe aussi des dorso-lombalgies persistantes de degré moindre. Mais elle précise que la symptomatologie douloureuse est certainement aggravée par l'important déconditionnement musculaire lié à une grande sédentarité. Enfin, la Dresse P. \_\_\_\_\_ indique des discrets signes d'arthrose nodulaire, une ténosynovite des fléchisseurs des rayons II et III de la main D, avec un discret syndrome du tunnel carpien irritatif. De l'ensemble de ces éléments, la rhumatologue tire la conclusion que l'incapacité de travail de la recourante est totale. Toutefois, comme le relève le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR, la Dresse P. \_\_\_\_\_ ne décrit aucune limitation fonctionnelle

ni n'explique en quoi les atteintes entraînent une incapacité de travail totale. Dans ces conditions et dès lors que, l'expertise bidisciplinaire du W. \_\_\_\_\_ remplit tous les requisits jurisprudentiels en matière de force probante (cf. consid. 4c supra), et que ses conclusions sur la capacité de travail de la recourante sont circonstanciées et convaincantes, elles doivent être préférées à celles de la Dresse P. \_\_\_\_\_.

- 25 - En définitive, on doit admettre avec l'OAI que, sur le plan somatique, la capacité de travail résiduelle de la recourante est de 100 % avec une diminution de rendement de 20 %.

f) Pour le surplus, la Cour de céans considère que l'argumentation de la recourante, qui soutient qu'aucune activité professionnelle ne peut plus être exigée d'elle en raison de ses nombreuses et importantes limitations fonctionnelles et de son âge, sont sans fondement et contraires aux conclusions claires et convaincantes du rapport d'expertise du W. \_\_\_\_\_ sur ce point. Quant à l'âge de la recourante (57 ans au moment où les décisions litigieuses ont été rendues), il est encore inférieur à la limite (60 ans) fixée par le Tribunal fédéral pour entrer en matière sur cette question.

#### **E. 5**

a) En conclusion, les recours doivent être admis, les décisions entreprises annulées et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il procède au complément d'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision. 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'assurance- invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11, arrêt du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs. c) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, a droit 2'000 fr. de dépens, à la charge de l'OAI qui succombe (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

- 26 -