

# **VD\_GERICHTE ZD21.039170 vom 26. August 2022**

VD Tribunal cantonal, 2022-08-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD21.039170](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.039170)

FR: VD\_GERICHTE ZD21.039170 du 26 août 2022

IT: VD\_GERICHTE ZD21.039170 del 26 agosto 2022

## **Erwägungen**

### **E. 5**

a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier

- 14 - la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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.

### **E. 5.1**

; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). La jurisprudence attache toutefois une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence

- 15 - d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du

## **E. 9**

novembre 2016 entrée en force, que la recourante était en incapacité totale de travailler dès août 2014 (début du délai d'attente d'un an) jusqu'au 14 décembre 2015 et qu'elle disposait d'une capacité de travail totale dès le 15 décembre 2015, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il lui a ainsi accordé une rente entière d'invalidité du 1er décembre 2015 au 31 mars 2016. b) L'assurée a déposé une seconde demande de prestations, invoquant une aggravation de son état de santé, essentiellement sur le plan psychique, mais également en lien avec le syndrome douloureux chronique généralisé. Dans ce contexte, le SMR a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique auprès du J. \_\_\_\_\_ SA. Dans le cadre de leur analyse, les experts ont en particulier retenu que la recourante avait effectivement connu une aggravation de son état de santé à partir de 2018 avec la découverte d'une atteinte cervicale dégénérative qui s'ajoutait aux douleurs de hanche sur atteinte myélomateuse, si bien que sa capacité de travail était de 70% (baisse de rendement de 30%) dans l'activité habituelle d'aide en cuisine et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique. Se fondant sur le rapport d'expertise du J. \_\_\_\_\_ SA, l'intimé a, par décision du 16 juillet 2021, refusé l'octroi de prestations à la recourante, dans la mesure où son degré d'invalidité était inférieur à 40%. Celle-ci conteste disposer d'une capacité de travail telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision et considère que l'expertise réalisée par le J. \_\_\_\_\_ SA n'est pas probante. aa) Sur le plan de la médecine interne, l'experte F. \_\_\_\_\_ a fait état de diagnostics sans impact sur la capacité de travail (diabète de type II, E11, hypertension artérielle, I10, et syndrome d'apnée obstructive du sommeil [SAOS] de degré léger, non appareillé, G47.3). En effet,

- 18 - l'hypertension artérielle était traitée depuis 2017 avec des valeurs équilibrées sous traitement, le diabète de type II diagnostiqué et traité depuis 2019 se révélait sans complication et avec un équilibre grâce au traitement bien conduit et le respect des mesures hygiéno-diététiques. Enfin, le syndrome d'apnée obstructive du sommeil de degré léger, avec essentiellement des hypopnées, n'avait pas abouti à l'indication d'un appareillage. Les affections de médecine interne ne revêtaient ainsi aucun caractère incapacitant, si bien que la capacité de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, avait toujours été totale du point de vue de la médecine interne générale. L'appréciation de l'experte F. \_\_\_\_\_ est convaincante et n'appelle pas de commentaire particulier. Du reste, aucune pièce médicale au dossier ne vient contredire ses conclusions. En outre, la recourante ne formule pas de critiques envers le volet de médecine interne générale auquel une pleine valeur probante peut être conférée. bb) Sur le plan rhumatologique, l'experte R. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de douleurs de hanche sur séquelles d'une atteinte lytique sur myélome, C90.3, de fibromyalgie, M79.7, de hallux valgus bilatéral avec arthrose, M20.1, et de cervicalgies sur discopathies dégénératives sans atteinte radiculaire ou médullaire, M50.3. Elle a expliqué que les douleurs à la hanche gauche sur atteinte myélomateuse étaient devenues incapacitantes depuis 2018 et que l'état de santé de la recourante s'était aggravé depuis la même année avec l'atteinte cervicale dégénérative associée, raison pour laquelle elle a conclu à une capacité de travail avec baisse de

rendement de 30% dans l'activité d'aide en cuisine exercée jusqu'en 2013 et de 100% dans une activité adaptée, à savoir sans port de charges lourdes, avec un poste mi-assis, mi-debout. S'agissant du diagnostic de fibromyalgie, l'experte précitée a précisé que celui-ci devait être retenu vu le score de fibromyalgie positif à 22, les douleurs sur les 18 points de Yunus, les troubles à type d'asthénie et les troubles du sommeil bien que majorés par un syndrome anxiodépressif associé. Elle a constaté des douleurs palpatoires au niveau des membres supérieurs, du rachis cervical, du rachis dorsal, du rachis lombaire, des hanches et des membres inférieurs. Elle a toutefois relevé une incohérence entre les

- 19 - lésions anatomiques objectives présentées par la recourante et les incapacités telles que décrites par l'expertisée qui se disait inapte à toute activité ménagère. Elle a mentionné qu'objectivement, les limitations fonctionnelles anatomiquement expliquées étaient très modestes avec une cervicarthrose générant une petite limitation fonctionnelle cervicale et la nécessité de précautions. L'experte rhumatologue n'a cependant pas expliqué en quoi le diagnostic de fibromyalgie qu'elle a retenu n'était pas invalidant, se contentant de préciser qu'il y avait « d'autres causes possibles aux douleurs » (cf. rapport d'expertise du 16 avril 2021, p. 25). Or il s'avère que, dans le cadre d'une fibromyalgie, l'origine des douleurs peut difficilement être expliquée, compte tenu de la composante psychique. Il ressort en outre du descriptif de la journée-type de l'expertisée que celle-ci réalise avec peine les activités ménagères sans l'aide de son mari ou de sa fille et qu'elle mène une vie sociale restreinte. Celle-ci ne semble donc pas disposer d'autant de ressources que ne le laisse entendre l'experte rhumatologue. On ne saurait ainsi accorder une pleine valeur probante au volet rhumatologique du rapport d'expertise ce d'autant plus qu'il existe des incohérences entre ce volet et le volet psychiatrique comme on le verra ci-après. cc) Dans le registre psychiatrique en effet, l'expert W. \_\_\_\_\_ a écarté le diagnostic de fibromyalgie ou plus largement de trouble somatoforme, en se limitant à mentionner que les douleurs de la recourante n'étaient « ni persistantes, ni pénibles, ni sévères », que celle-ci avait pu rester dans la même position sans bouger de sa chaise pendant une heure et demie et que la souffrance ne venait pas entraver toutes les activités de la vie quotidienne. Ces affirmations péremptoires sont cependant insuffisantes pour écarter un diagnostic qui a été évoqué depuis de nombreuses années par plusieurs spécialistes qui ont suivi la recourante. Tout d'abord, la Dre T. \_\_\_\_\_ a mentionné l'existence d'une fibromyalgie depuis 2007 dans son rapport du 13 juillet 2015. Ensuite, la Dre D. \_\_\_\_\_, rhumatologue, a décrit des douleurs ostéoarticulaires généralisées (non liées au myélome ; cf. rapport du 12 janvier 2016). Le Dr G. \_\_\_\_\_ a également retenu, lors de son évaluation rhumatologique, des douleurs palpatoires diffuses qui débordaient largement des points de

- 20 - fibromyalgie et compatibles avec un tel diagnostic, les scores étant « largement positifs » (cf. rapport du 1er avril 2016). La Dre B. \_\_\_\_\_ a fait, elle aussi, part de douleurs généralisées à la palpation lors d'un examen clinique pratiqué en 2016 et a évoqué un syndrome douloureux chronique (cf. rapport du 29 juin 2016). Enfin, le Dr H. \_\_\_\_\_ a retenu les critères d'une fibromyalgie avec possible neuropathie des petites fibres. Le fait pour l'expert W. \_\_\_\_\_ d'avoir ainsi écarté le diagnostic de fibromyalgie sans aucune motivation et en contradiction avec l'expert rhumatologue, ainsi que les autres médecins consultés par la recourante, suffit à jeter le discrédit sur son appréciation. A cela s'ajoute que l'expert W. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble anxiodépressif mixte léger, expliquant n'être pas « tout à fait » d'accord avec le diagnostic retenu par le psychiatre traitant, dans la mesure où les signes cliniques d'un épisode dépressif moyen

n'avaient pas été observés, ni pendant l'entretien, ni selon l'anamnèse. Il a en outre précisé qu'au moment de la rédaction de son rapport, il n'avait pas encore reçu les renseignements demandés au psychiatre traitant de l'expertisée. Or on peut s'étonner qu'il n'ait pas attendu de recevoir l'avis du psychiatre traitant avant de se prononcer et d'établir un diagnostic. En l'occurrence, le psychiatre traitant a confirmé, dans un rapport du 16 mars 2021, le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique présent depuis 2014, déjà mentionné dans un rapport de juillet 2020. Cette divergence de diagnostic n'est pas expliquée de manière convaincante par l'expert psychiatre qui mentionne le rapport du psychiatre traitant du 14 juillet 2020 et l'avis SMR du 3 novembre 2020 sans les discuter. S'agissant plus particulièrement de l'analyse du cas à la lumière des indicateurs définis par la jurisprudence (cf. consid. 5c supra), l'appréciation de l'expert W.\_\_\_\_\_ est là aussi insuffisante. Alors que tant la médecin traitante que le psychiatre traitant mentionnent des troubles de la sphère cognitive chez la recourante (troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention) qui, selon eux, ont une incidence sur sa vie quotidienne et ses ressources (ne parvient pas à s'adapter au changement, difficultés dans la gestion des tâches quotidiennes, difficultés dans la gestion du stress, perte d'énergie

- 21 - psychique et physique, isolement social, cf. notamment rapports des 23 juin 2020 et 14 juillet 2020), l'expert W.\_\_\_\_\_ constate que tel n'est pas le cas au moment de l'expertise et que celle-ci dispose de bonnes ressources (cf. rapport d'expertise, p. 11). Il évoque cependant une capacité de résistance et d'endurance légèrement diminuée en raison des douleurs alléguées mais n'a pas tenu compte de cette limitation – certes, légère de son point de vue – lorsqu'il a fixé la capacité de travail de l'assurée à 100% sans aucune restriction. A défaut de motivation, l'appréciation de l'expert apparaît donc sujette à caution sur ce point également. Il sied en outre de constater que la description d'une journée- type de l'expertisée par l'expert W.\_\_\_\_\_ (cf. volet psychiatrique du rapport d'expertise, p. 8) ne correspond pas à celle décrite par l'expert rhumatologue (cf. volet rhumatologique du rapport d'expertise, p. 22-23). Alors que l'expert psychiatre mentionne que la recourante fait le ménage et la lessive avec l'aide de ses filles, l'expert rhumatologue indique que la recourante ne fait plus aucune tâche ménagère en raison de ses douleurs. La Cour de céans n'est ainsi pas en mesure de déterminer quel est réellement l'impact des douleurs et atteintes de la recourante sur les activités de la vie quotidienne, de même que sur sa capacité de travail. Des considérations qui précèdent, il résulte que les conclusions de l'expert psychiatre du J.\_\_\_\_\_SA ne permettent pas d'établir valablement s'il y a eu aggravation de l'état de santé de la recourante sur le plan psychique depuis la dernière décision entrée en force et ne sauraient donc être suivies. dd) On relèvera encore que l'appréciation consensuelle des experts du J.\_\_\_\_\_SA (cf. rapport d'expertise du 16 avril 2021, pp. 3 à 5) laisse perplexe. Ces derniers se sont en effet contentés de résumer leurs positions respectives sans vraiment procéder à une discussion prenant en compte la situation dans sa globalité. Ils ont également listé tous les diagnostics retenus sans les discuter plus avant. A cet égard, il est évoqué brièvement que le diagnostic de fibromyalgie est retenu sans son versant psychiatrique de trouble somatoforme. On peine à comprendre cette remarque dès lors que le diagnostic de fibromyalgie – retenu par l'expert

- 22 - rhumatologue – repose également sur des facteurs psychosomatiques qui ont une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. En définitive, l'expertise du J.\_\_\_\_\_SA ne permet pas de statuer à satisfaction de droit sur le caractère invalidant de la fibromyalgie présentée par la recourante, compte tenu également d'une

éventuelle comorbidité psychiatrique et des autres atteintes somatiques. c) Les rapports des médecins traitants, produits postérieurement à l'expertise du J. \_\_\_\_\_ SA, ne permettent pas davantage de trancher le litige. Les psychiatres traitants en particulier du Centre C. \_\_\_\_\_ confirment, dans leurs rapports des 16 mars 2021 et 9 septembre 2021, le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique selon les critères de la CIM-10 depuis juillet 2019 à tout le moins, en raison des symptômes présentés par la recourante, mais n'expliquent pas quelle est la réelle incidence de ce diagnostic, associé à une fibromyalgie, sur la capacité de travail de la recourante et s'il y a eu une véritable aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision entrée en force en lien avec ce diagnostic. 7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'espèce, il appert que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante et qu'il convient plus particulièrement de compléter l'instruction afin de déterminer si la recourante présente une

- 23 - aggravation de son état de santé, depuis la dernière décision entrée en force rendue le 9 novembre 2016, susceptible d'influer sur sa capacité de travail. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé d'ordonner une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) et d'y procéder conformément aux règles applicables en la matière (art. 44 LPGA). Cela fait, il lui reviendra de déterminer s'il y a lieu ou non d'effectuer une enquête ménagère avant de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante, étant toutefois précisé que dans le cadre du formulaire idoine complété par l'intéressée le 7 juin 2020, cette dernière a indiqué qu'elle travaillerait à 100% sans atteinte à la santé et ce, pour des raisons financières. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments des parties. 8. a) En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige. c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Ainsi, il convient d'arrêter l'indemnité de dépens à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé. Par ces motifs,

- 24 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 16 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est

annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Didier Elsig (pour la recourante), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies.

- 25 - Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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