

# VD\_GERICHTE ZD24.036821 vom 28. November 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-11-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD24.036821](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.036821)

FR: VD\_GERICHTE ZD24.036821 du 28 novembre 2025

IT: VD\_GERICHTE ZD24.036821 del 28 novembre 2025

## Erwägungen

### E. 4

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 d'un autre domaine d'activité. b) 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 (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) 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

- 14 - 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 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 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). d) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision

- 15 - administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3). e) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). f) Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'appréciation du caractère invalidant potentiel d'une fibromyalgie est subordonnée, par analogie, aux principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, vu les nombreux points communs entre ces troubles (ATF 132 V 65 consid. 4 ; TF 9C\_710/2023 du 28 juin 2024 consid. 6.1). Ainsi, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement d'une telle maladie, un examen doit être réalisé sur la base d'une procédure probatoire structurée au moyen des indicateurs applicables en présence de troubles psychiatriques, avec le concours d'un psychiatre (ATF 141 V 281 ; TF 9C\_701/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1 et la référence citée).

- 16 - Il n'appartient pas aux organes de l'assurance-invalidité de trancher les controverses portant uniquement sur la dénomination diagnostique la plus appropriée pour décrire l'état de souffrance de la personne concernée lorsque lesdites controverses n'ont aucune répercussion concrète sur la capacité de la travail (ATF 144 V 245 consid. 5.5.2). En particulier, les diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux, bien que de nature différente (somatique et psychique), présentent de nombreux points communs (il n'est pas rare de voir certains médecins diagnostiquer indifféremment l'une ou l'autre atteinte à la santé ou assimiler la première à la seconde) et nécessitent le concours d'un psychiatre pour l'analyse de l'incapacité de travail en découlant (ATF 141 V 281). Les troubles somatoformes douloureux et la fibromyalgie présentent par conséquent de nombreux points communs du point de vue du droit des assurances sociales, de sorte qu'il se

justifie, sous l'angle juridique, de les traiter de manière analogue (TF 9C\_177/2023 du 26 mars 2024 consid. 5.3.2 et les références).

## E. 5

a) En l'espèce, il est constant que la recourante est incapable d'exercer son activité habituelle d'[...] depuis le 9 septembre 2022 en raison de ses atteintes à la santé. L'OAI estime toutefois, se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise rhumatologique réalisé le 8 mai 2023 par le F. \_\_\_\_\_ – qui avait été mandaté par l'assureur perte de gain maladie –, que la capacité de travail exigible de la recourante est totale depuis le 28 juin 2023 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de position principalement debout, nécessitant de déambuler, de s'accroupir ou de s'agenouiller de façon répétée). Pour sa part, la recourante soutient en substance que l'intimé ne pouvait pas se limiter à prendre en considération ce seul rapport d'expertise, mais qu'il aurait dû instruire son dossier de manière plus complète en ordonnant une nouvelle expertise comportant un volet psychiatrique, dès lors en particulier que, selon les rapports établis plus récemment par ses médecins traitants, elle présente des indicateurs évoquant une fibromyalgie, ainsi qu'un épisode dépressif léger.

- 17 - b) Il convient dès lors d'examiner la force probante du rapport d'expertise rhumatologique établi par le F. \_\_\_\_\_ le 8 mai 2023. aa) Aux termes de son rapport, l'expert M. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de tendino-bursite du genou gauche (bursite du gastrocnémien, tendinopathie patellaire) en relation éventuelle avec un valgus marqué du genou gauche et hypermobilité, ainsi que de périarthrite de la hanche droite avec tendinopathie du tenseur fascia lata. Le médecin précité a indiqué que l'intéressée se plaignait principalement de douleurs dans les genoux, le reste des douleurs ostéoarticulaires étant totalement tolérable, en particulier au niveau de la nuque (cf. rapport d'expertise du F. \_\_\_\_\_, p. 6). L'impact dans les activités de la vie quotidienne restait relativement modéré, l'expertisée pouvant gérer la toilette et l'habillement sans handicap particulier. Il en allait de même pour la préparation des repas. S'agissant des activités ménagères, elle devait fractionner les tâches et les courses étaient effectuées par son mari, puisqu'il lui était compliqué de porter des charges et de déambuler (idem, p. 13). L'expert rhumatologue a relevé qu'il existait une certaine discordance entre le caractère handicapant des douleurs du genou gauche et en partie du genou droit décrites par l'assurée et les constats radiocliniques montrant des atteintes tendineuses modérées. L'origine mécanique de ces douleurs restait probable avec toutefois une suspicion de rhumatisme inflammatoire, sans élément objectif, ce qui expliquait en grande partie la difficulté des différents spécialistes (rhumatologue, neurologue, orthopédiste) à fixer précisément un diagnostic. Le pronostic restait également difficile à établir au vu de l'échec des multiples procédures thérapeutiques essayées (traitements antalgiques, anti-inflammatoires et infiltrations dans un centre de la douleur au niveau cervical, du nerf supra-scapulaire, de la bourse sous-acromio-deltoidienne facettaire cervicale, ainsi que dorsal, avec des résultats plutôt mitigés). Il était ainsi difficile de proposer des mesures thérapeutiques précises. L'expert a conseillé à l'assurée de bénéficier d'une réévaluation en rhumatologie afin de faire des examens plus poussés à la recherche

- 18 - éventuelle d'une origine inflammatoire. Malgré cela, sur la base des constats radiocliniques en sa possession, il n'a pas retenu de rhumatisme inflammatoire ou de lésion réellement handicapante au niveau du genou gauche, si ce n'est la description de tendino-bursite modérée du genou gauche (idem, p. 15s). En définitive, l'expert M. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail à plein temps dans l'activité habituelle

d'[...], principalement du fait que cette activité était effectuée en grande partie debout et surtout assise sur une chaise qui semblait peu adaptée, obligeant les genoux à être en valgus forcé. L'assurée devrait en revanche être apte à travailler à 100 % dans une activité en grande partie assise, permettant d'avoir le genou gauche étendu, avec alternance de position assise et debout. Cette appréciation est toutefois dûment mise en doute par les éléments au dossier, comme cela sera exposé ci-après. bb) La lecture du rapport d'expertise du F. \_\_\_\_\_ laisse transparaître une certaine hésitation de la part de l'expert, qui reconnaît que les atteintes rhumatismales objectivées n'expliquent pas l'ensemble de la symptomatologie douloureuse et souligne la difficulté des spécialistes à poser un diagnostic, ainsi que la difficulté d'évaluer le pronostic et les mesures thérapeutiques envisageables. L'expert mentionne en effet la pluralité de traitements déjà entrepris, dont les effets ont été mitigés, ainsi que le besoin de procéder à une nouvelle évaluation de l'atteinte rhumatismale, afin d'exclure ou de confirmer une éventuelle composante inflammatoire. Cette incertitude de l'expert entache évidemment la force probante de son appréciation. Il sied en outre de relever que le dossier médical de l'intéressée en possession de l'expert contenait en particulier le rapport du 3 janvier 2023 du Dr [...] [recte : Q. \_\_\_\_\_] relatif à une consultation du 21 décembre 2022 (cf. expertise de F. \_\_\_\_\_, p. 4), indiquant qu'il existait « quelques signes de fibromyalgie secondaires qui se développ[ai]ent, comme d'importants troubles du sommeil qui [n'étaient]

- 19 - par expliqués par la bursite ni la thyroïdite ». Le Dr M. \_\_\_\_\_ n'a toutefois pas pris la peine de discuter cette suspicion de diagnostic différentiel, qui pouvait expliquer l'ampleur des douleurs rapportées par l'expertisée, ce qui est critiquable. La nécessité de procéder à l'évaluation de ce diagnostic différentiel a été renforcée par l'évolution médicale postérieure à l'expertise. L'assurée a en effet bénéficié d'un bilan étiologique multidisciplinaire au Service de rhumatologie du CHUV du 27 mai au 7 juin 2024, soit antérieurement à la décision attaquée. A cette occasion, le Prof. Q. \_\_\_\_\_ et le Dr P. \_\_\_\_\_ ont notamment conclu à une hypersensibilité centrale avec un score au test de WPI [Widespread pain index] de 13 sur 19 et un score au test SSS [échelle de sévérité des symptômes] de 10 sur 12, la patiente répondant ainsi aux critères ACR [American college of rheumatology] 2010 pour la fibromyalgie. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a, quant à lui, diagnostiqué un épisode dépressif léger. Les médecins du CHUV ont ainsi préconisé le suivi d'une psychothérapie, qui a été mise en œuvre auprès du Dr O. \_\_\_\_\_ en octobre 2024. Le rapport rendu par le psychiatre traitant le 10 décembre 2024 (qui peut être pris en considération dans le cas d'espèce puisqu'il a en partie trait à la situation antérieure à la décision attaquée, s'agissant de douleurs apparues en 2021) pose clairement le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), lequel induirait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Partant, la suspicion de fibromyalgie, déjà présente au moment de l'expertise du F. \_\_\_\_\_ et ultérieurement corroborée par le bilan effectué au Service de rhumatologie du CHUV, conjuguée au diagnostic subséquent de syndrome douloureux somatoforme persistant – les deux diagnostics devant être traités de manière analogue (cf. consid. 4f supra) – établissent clairement que l'intimé ne pouvait se contenter de se rallier aux conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_, sans se prononcer sur cette atteinte et son incidence sur la capacité de travail de la recourante. Il se devait ainsi de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, à tout le moins rhumatologique et

- 20 - psychiatrique, comportant une analyse des différents indicateurs jurisprudentiels, afin de parvenir à une évaluation complète de la situation médicale de l'assurée et conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 4f supra). Il convient encore de mentionner qu'une telle expertise permettra également de se prononcer sur l'épisode dépressif léger diagnostiqué par le Dr C.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 juin 2024, ainsi que son éventuelle incidence sur la capacité de travail de l'intéressée. cc) A cela s'ajoute que les éléments contenus dans le rapport du Prof. Q.\_\_\_\_\_ et du Dr P.\_\_\_\_\_ du 2 juillet 2024 relatif au séjour effectué par l'assurée au CHUV du 27 mai au 7 juin 2024 sont de nature à mettre en doute le fait que les conclusions de l'expertise du F.\_\_\_\_\_ de mai 2023 soient encore valables à la date de la décision attaquée de juin 2024. Il convient tout d'abord de relever que ce rapport, au demeurant détaillé sur plusieurs pages, a été établi à l'issue d'un séjour hospitalier d'une dizaine de jours, durant lequel la recourante a fait l'objet de nombreux tests et examens destinés notamment à clarifier l'étiologie de ses douleurs, ce qui lui confère une certaine valeur probante. Dans leur rapport, les médecins rhumatologues du CHUV font état de douleurs qui ne se limitent plus aux genoux, comme c'était le cas en mai 2023, mais qui s'étendent depuis janvier 2024 (à la suite d'une glissade et d'un rattrapage avec le membre supérieur gauche) à la hanche, au rachis complet, ainsi qu'à l'épaule droite, sous forme de brûlures, de coups de couteau, parfois de fourmillements et d'engourdissements. Les douleurs lombaires sont décrites comme « sévèrement invalidantes » (cf. rapport du Prof. Q.\_\_\_\_\_ et du Dr P.\_\_\_\_\_ du 2 juillet 2024, p. 4) et la recourante comme « fortement limitée », étant « actuellement incapable de réaliser ses activités de la vie quotidienne » (idem, p. 6). Ces éléments démontrent ainsi une certaine aggravation de la situation par rapport aux constats effectués par le Dr M.\_\_\_\_\_. A cet égard, les médecins précités posent plusieurs diagnostics qui n'avaient pas été qualifiés d'incapacitants par l'expert rhumatologue,

- 21 - à savoir des cervicalgies et lombalgies mécaniques sur discopathies modérées C5-C6 et L4 à S1 et des omalgies mécaniques sur tendinopathie insertionnelle du supra-épineux avec bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée. Si les atteintes à l'épaule ont certes été révélées par une radiographie de janvier 2022, les cervicalgies et lombalgies sont fondées sur des éléments d'imagerie postérieurs à mai 2023, à savoir une IRM du

## **E. 7**

a) En définitive, le recours doit être admis, la décision entreprise annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des

- 23 - frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.