

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} juillet 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Bonard et Mme Férolles, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

B. _____, au Mont-sur-Lausanne, recourante, représentée par DAS
Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) B. _____ (ci-après: l'assurée), née le 6 février 1954 à Belgrade, mariée et mère d'un enfant majeur, est infirmière de profession. Elle a travaillé en Suisse dans cette profession, à plein temps, depuis 1974. Depuis le 1^{er} février 1996, elle a travaillé au CHUV. Depuis le 14 mars 2005, elle est en incapacité totale de travail en raison de troubles dépressifs. Le 30 octobre 2005, à son domicile, elle a en outre chuté sur les fesses, ce qui a occasionné des troubles dorsaux. Le cas a été pris en charge par la Caisse vaudoise, assureur-accidents de l'assurée.

Le 21 avril 2006, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) une demande de prestations AI pour adultes tendant à l'octroi d'une rente, se prévalant de douleurs lombaires.

b) Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a demandé des rapports médicaux aux médecins traitants de l'assurée, soit à la Dresse R. _____, spécialiste FMH en médecine générale à Cugy, et au Dr S. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Fribourg.

Dans un rapport médical du 29 mai 2006, la Dresse R. _____ a posé les diagnostics d'état anxio-dépressif important, de contusion disque L4-L5 et de souffrance nerfs médians. Cette praticienne a retenu une incapacité de travail de 100 % depuis le 14 mars 2005, indiquant que l'assurée était en traitement auprès du Dr S. _____ depuis cette date et qu'il n'y avait aucune amorce d'amélioration laissant envisager une reprise du travail. La Dresse R. _____ a également versé au dossier d'autres rapports médicaux, attestant notamment que l'intéressée souffrait de problèmes dorsaux, de diabète de type 2, d'hypertension artérielle, de dyslipidémie mixte et d'obésité classe III.

Dans un rapport médical du 1^{er} septembre 2006, le Dr S._____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de divers troubles somatiques avec des douleurs chroniques après une chute en octobre 2005 sous forme de lombalgie et lombosciatalgie, de même qu'une incapacité de travail de 100 % depuis le 15 mars 2005. Ce médecin a attesté d'une prise en charge sous forme de psychothérapie et de traitement médicamenteux et a fait part d'un pronostic défavorable.

Le 4 avril 2007, les Drs F._____ et O._____, respectivement médecin-associé et médecin-assistant à la médecine du personnel du CHUV, ont posé les diagnostics de hernie discale L4-L5 décompensée suite à une chute, d'état dépressif récurrent, de syndrome plurimétabolique avec obésité de degré III, de diabète de type II, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie et de canal carpien bilatéral. Suivant l'avis des différents médecins ayant suivi l'assurée, ils ont précisé qu'aucune reprise du travail n'était envisageable à moyen ou long terme.

c) L'assurée a séjourné dans le courant de l'année 2007 à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: la CRR) à Sion, à qui l'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire. Dans ce cadre, l'assurée a été examinée sur le plan somatique par le Dr K._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie (expertise médicale du 18.06.2007) ainsi que par G._____, physiothérapeute diplômée (rapport du 20.06.2007 sur l'évaluation des capacités fonctionnelles) et sur le plan psychiatrique par le Dr Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (expertise du 30.07.2007).

Dans son rapport de synthèse du 30 juillet 2007, le Dr T._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin consultant à la CRR, n'a pas retenu de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail et a posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies communes (M54.5), de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission sous traitement combiné (F33.9), de syndrome métabolique (diabète de type II, hypertension artérielle, dyslipidémie)

(E11.9, I10, E78.9) et d'obésité permagna (BMI 43) (E66.8). Il a fait la synthèse suivante:

"Au terme de cette expertise pluridisciplinaire, nous ne retenons aucune incapacité de travail dans l'activité d'infirmière instrumentiste, ni dans toute autre activité comparable en terme de sollicitations somato-psychiques.

Il est difficile de dater précisément le moment à partir duquel cette capacité de travail est exigible; au plan psychiatrique, l'évolution permettait une reprise d'activité dès l'automne 2005, et notre expertise confirme que les singularités psychologiques observées ne sauraient constituer une atteinte à la santé à valeur incapacitante au sens de l'AI. Non seulement la prise en charge actuelle est jugée adéquate, mais elle devrait tenter d'infléchir le désinvestissement professionnel en cours.

L'assurée a chuté sur les fesses à fin octobre 2005. L'IRM du 15 novembre 2005 a montré l'existence de discopathies étagées, sans hernie ni conflit de racine. Il n'y a pas de canal lombaire étroit, aucun argument en faveur d'une atteinte inflammatoire. Dès l'automne 2006, les réponses aux traitements entrepris deviennent inconstantes (on parle même de «fausse réponse positive aux tests diagnostics précédents»), et l'IRM du mois de novembre 2006 confirme l'absence de toute pathologie objective justifiant un acte chirurgical. Les nouvelles radiographies du rachis, réalisées pour la présente expertise, révèlent des troubles banals. Au final, on peine à comprendre le caractère absolu et définitif de l'incapacité alléguée, quelle que soit l'activité considérée. Cette anamnèse, ainsi que les phénomènes d'autolimitation observés, posent la question de facteurs surajoutés, sortant du champ médical stricto sensu.

Selon le Dr K._____, l'évolution clinique d'une lombalgie commune post-traumatique ne dépasse guère les six mois, en l'absence de toute lésion structurelle identifiable. Au vu de ce qui précède, nous pensons que l'activité d'infirmière instrumentiste, ou toute autre activité comparable, aurait pu être vraisemblablement et progressivement reprise au cours de l'été 2006".

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans un rapport du 16 octobre 2007, la Dresse Z._____, médecin chef du SMR, se référant aux pièces médicales établies par la CRR, n'a retenu aucune atteinte à la santé ni aucune incapacité de travail, indiquant une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle.

d) Dans un projet de décision du 19 juin 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations de l'AI, en raison de l'absence d'atteinte à la santé invalidante. Agissant par DAS Protection Juridique SA, à Lausanne, l'assurée a fait valoir ses

observations, contestant la valeur probante des rapports médicaux sur lesquels se fondait l'OAI et se prévalant d'une incapacité de travail ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité.

Dans un avis médical du 1^{er} octobre 2008, les Drs X._____ et N._____, du SMR, après analyse des arguments présentés par l'assurée à l'appui de ses observations à l'encontre du projet de décision, ont relevé qu'il n'y avait pas de raison médicale de modifier la position du SMR. Ils ont en substance retenu que les rapports de la CRR avaient pleine valeur probante du point de vue médical, les avis des Drs T._____ et Q._____ étant convaincants. Le 7 janvier 2009, le Dr K._____ a déclaré qu'il partageait intégralement les réflexions et critiques du rapport précité du 1^{er} octobre 2008, ajoutant que son expertise était parlante et les conclusions de cette dernière suffisamment motivées.

e) Par décision du 27 février 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations, avec une motivation qui est en substance la suivante:

L'assurée travaille comme infirmière au CHUV depuis le 1^{er} février 1996. Pour des problèmes de santé, elle présente une incapacité de travail depuis le mois d'octobre 2005. Selon l'expertise de la CRR et l'examen du dossier par le SMR, l'assurée ne présente pas d'atteinte à la santé qui puisse être invalidante selon l'assurance-invalidité. Du point de vue psychiatrique, le diagnostic de trouble dépressif, actuellement en rémission et sous traitement combiné, a occasionné une incapacité de travail complète d'au maximum 10 mois et est sans répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, l'expert, après l'examen et l'analyse de la dernière IRM et des clichés radiographiques, ne diagnostique que des troubles banaux comme une ostéophytose vertébrale D6-D8 dans le cadre d'une maladie de Forestier débutante qui est fréquente chez les personnes obèses, des discopathies peu marquées, un canal rachidien de dimension correcte et l'absence de conflits radiculaires. On retient aussi une discordance entre les allégations de douleurs intenses et les constatations objectives cliniques et radiologiques. En outre, il ressort qu'il n'existe pas d'incapacité de travail

de longue durée pour l'activité habituelle liée à la lombalgie. L'incapacité peut être de six mois au maximum. Par conséquent, la demande doit être rejetée.

B. a) L'assurée, représentée par CAP Protection Juridique SA, à Lausanne, recourt au Tribunal cantonal contre cette décision par acte du 3 avril 2009, en contestant la valeur probante des rapports et expertises de la CRR. Elle soulève une série de griefs à l'encontre de l'expertise (rhumatologique) du Dr K. _____ du 18 juin 2007, du rapport de la physiothérapeute G. _____ du 20 juin 2007 et de l'expertise (psychiatrique) du Dr Q. _____ du 30 juillet 2007. Les conclusions de l'expertise psychiatrique seraient en outre contredites par un rapport du psychiatre traitant, le Dr S. _____, du 30 mars 2009 joint au recours. La recourante critique également la valeur probante de l'expertise du Dr T. _____ du 30 juillet 2007 et soutient que celle-ci a par ailleurs fait fi d'un certain nombre d'éléments. L'assurée conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 27 février 2009 de l'OAI et principalement à une rente entière à partir du 21 avril 2007, subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation. En cas de besoin, elle réclame l'établissement d'une expertise afin de déterminer sa capacité de travail.

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais d'un montant de 500 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 6 août 2009, l'OAI expose que les arguments développés par la recourante ne sont pas de nature à remettre en cause sa position. Il fait valoir que l'expertise rhumato-psychiatrique de la CRR, dont la recourante lui reproche en substance d'avoir privilégié les conclusions au détriment d'une appréciation globale de la situation, a pleine valeur probante; il convient dès lors de retenir qu'il n'y a aucune incapacité de travail de longue durée liée à la lombalgie significative au sens de l'AI dans l'activité d'infirmière instrumentiste, et qu'on peut tout au plus admettre un délai de six mois pour la guérison des lombalgies post-traumatiques, étant donné qu'aucune lésion structurelle n'a été identifiée; sur le plan psychiatrique, il faut retenir que le trouble dépressif

récurrent est en rémission et que cette psychopathologie n'a pas de valeur incapacitante significative.

L'OAI estime que l'avis du Dr S. _____ du 30 mars 2009, médecin traitant, ne contient aucun nouvel élément susceptible de mettre en doute les conclusions des médecins experts, ce praticien se bornant succinctement à répéter le même diagnostic et à affirmer que l'état de santé de l'intéressée ne lui permet pas de reprendre une activité lucrative. Par ailleurs, la nature des lésions de l'assurée n'est pas source de divergences, les seules différences d'opinion résultant d'une appréciation différenciée de la nature invalidante des atteintes constatées et de leurs répercussions sur la capacité de travail résiduelle de la recourante.

Selon l'OAI, il convient par ailleurs de mettre en évidence l'influence de facteurs psychosociaux sur le tableau clinique de l'assurée. En effet, dans son rapport d'expertise (p. 6), le Dr K. _____ indique que le tableau de lombosciatalgies perd en crédibilité au fil des discordances, des descriptions hyperboliques et des incohérences de l'examen, et que les signes comportementaux de Waddell et de Kummel, ainsi que la collaboration limite (force de compréhension dont la diminution ne se comprend pas), ouvrent la question des facteurs psychosociaux. En effet, Mme B. _____ admet qu'après trente ans de vie consacrée aux autres, elle arrive à saturation, et que des éléments dépressifs influencent sa perception de la douleur. Cet expert ajoute en outre que devant ce tableau, on ne saurait reconnaître une incapacité de travail de longue durée liée à la lombalgie significative au sens de l'AI dans l'activité d'infirmière instrumentiste, et qu'on admet généralement un délai de six mois pour la guérison des lombalgies post traumatiques lorsqu'aucune lésion structurelle n'a été identifiée. Quant au Dr Q. _____, il explique dans son rapport (p. 4) que le vécu douloureux, dont l'intensité est mal expliquée par des éléments médicaux objectifs, favorise clairement un comportement autolimitatif chez une assurée peinant à accepter une diminution même modeste de ses capacités.

Estimant que la situation médicale de la recourante a été suffisamment instruite et que les pièces au dossier permettent de statuer en toute connaissance de cause sur l'état de santé de l'assurée et sur sa capacité de travail, l'OAI propose dès lors le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

c) Le 8 septembre 2009, la recourante indique qu'elle souhaite l'audition de trois médecins et qu'elle sollicite un délai supplémentaire pour fournir des explications complémentaires et produire des pièces.

Le 29 octobre 2009, la recourante produit un rapport du 2 octobre 2009 des Drs F. _____ et O. _____, un rapport du 27 octobre 2009 de la Dresse R. _____ qui estime la capacité de travail à 0% et un rapport du 27 octobre 2009 du Dr S. _____, qui confirme une aggravation de l'état de santé et estime que la capacité de travail de l'assurée ne lui permet aucune activité lucrative, ceci d'une façon définitive.

d) Dans sa duplique du 18 novembre 2009, l'OAI confirme ses conclusions et propose derechef le rejet du recours. Il expose que les arguments développés dans la réplique de la recourante du 29 octobre 2009 ainsi que les pièces médicales produites en annexe à celle-ci ne sont pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision. Il se réfère à cet égard à un avis médical SMR du 11 novembre 2009 des Drs X. _____ et N. _____ concernant lesdites pièces, avis auquel il déclare se rallier et dont la teneur est la suivante:

"Trois nouvelles pièces médicales ont été ajoutées au recours élaboré par DAS:

- Attestation de la Dresse R. _____, généraliste, 27.10.2009: maintient une incapacité de travail de 100% en raison de dorso-lombalgies. Il est précisé que la mise en doute de l'incapacité de travail (par l'OAI) a renforcé l'état dépressif et l'incapacité de travail. Est-ce à dire que si nous avons reconnu une incapacité de travail il n'y aurait pas d'incapacité de travail? L'absurdité de cette proposition est évidente.

- Rapport des Drs F. _____ et O. _____, médecine du personnel du CHUV, 2.10.2009: l'anamnèse est brièvement exposée, puis les limitations fonctionnelles observées en 2006 et avril 2007 sont décrites. Les auteurs concluent à une incapacité de travail totale dans

l'activité exercée. Ils ne se prononcent pas sur la capacité de travail actuelle aussi bien du point de vue rhumatologique que psychiatrique. Il convient de relever que l'expertise de la CRR est postérieure à ces observations, qui ne mettent pas en cause les conclusions des experts.

- Courrier du Dr S. _____, 27.10.2009: fait état d'une aggravation de l'état de santé psychique suite au décès de la mère. Le status n'est pas décrit ; les limitations fonctionnelles objectives font défaut. Il convient de remarquer que la tristesse suite à un deuil, et particulièrement de sa mère, est un affect normal qui n'implique pas obligatoirement une incapacité de travail.

Au total, ces documents ne contiennent pas d'élément de nature à modifier notre position".

E n d r o i t :

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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 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, le recours a été déposé en temps utile, le 3 avril 2009. Pour le surplus répondant aux conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours 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).

2. 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 d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50 % à une demi-rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1).

En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et les références citées).

c) L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à

disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En cas de divergence d'opinion entre experts, spécialistes et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a et les arrêts précités) qui permettent de leur reconnaître une pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références citées), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_204/2007 du 16 avril 2008 consid. 2.3).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

3. a) En l'espèce, est litigieux le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, qui lui ont été niées par l'intimé dans la décision attaquée. La question de savoir si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI est contestée. Cette dernière nie la valeur probante des rapports médicaux sur lesquels s'appuie l'OAI et se prévaut d'une incapacité de travail totale, principalement selon l'avis de ses médecins traitants. Il sied d'examiner dans le détail les motifs formés par la recourante à l'encontre des différents rapports de la CRR.

b) Concernant l'expertise médicale du 18 juin 2007 du Dr K._____, ainsi que l'ont relevé les Drs X._____ et N._____ (rapport SMR du 01.10.2008), on ne voit pas de réelle différence entre une chute sur les fesses et une chute sur le bas du dos en arrière d'une hauteur de 60 cm. La recourante ne se fonde sur aucune pièce médicale pour contredire les remarques du Dr K._____ relatives au sommeil de l'assurée et on ne voit pas en quoi cet élément altérerait les conclusions de ce médecin. Lorsque l'expert indique que "l'assurée a été adressée au Dr D._____, chirurgien orthopédiste [à Lausanne], qui a réfuté l'indication opératoire", on ne voit pas en quoi cela exclurait que le refus d'opérer résultait de "deux contre-indications médicales", comme semble s'en prévaloir la recourante. Quoi qu'il en soit, les raisons exactes pour lesquelles ce chirurgien a préféré ne pas entreprendre d'opération ne permettent nullement de douter de l'avis du médecin de la CRR. Les critiques relatives à la collaboration de l'assurée lors de l'examen médical et à la position de celle-ci dans la salle d'attente puis lors de l'entretien ne résultent d'aucune pièce médicale, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des remarques du Dr K._____, et on ne voit pas en quoi elles suffiraient,

si elles devaient être admises, à remettre en cause les conclusions de cet expert, lequel n'a au demeurant pas formulé de remarques tendancieuses ni manqué d'impartialité.

Le Dr K._____ a relevé que l'assurée se plaignait de douleurs à la fesse gauche, précisément depuis le 30 octobre 2005 à la suite d'une chute sur les fesses (expertise du 18.06.2007, p. 2), et s'est basé sur les radiographies et examens IRM de colonne lombaire, relevant la présence de discopathies (p. 2 et 5), de sorte qu'il a dûment tenu compte de l'accident du 30 octobre 2005 et des lésions causées aux disques lombaires, quoi qu'en pense la recourante. Quant au fait de savoir si l'obésité de l'assurée a précédé ou suivi l'accident dont elle a été victime, question qui n'aurait selon la recourante pas été investiguée par les médecins de la CRR, les Drs X._____ et N._____ y ont répondu de façon convaincante, affirmant que cette question n'a strictement aucune répercussion sur la capacité de travail et que l'obésité n'est pas en soi une maladie invalidante au sens de l'AI, sauf si elle est elle-même la conséquence d'une maladie invalidante, ou si elle est à l'origine d'une atteinte invalidante (rapport SMR du 01.10.2008). Sur ce point, on relèvera que l'obésité en soi n'est pas constitutive d'invalidité, mais que celle-ci doit être admise, selon la jurisprudence, si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C_48/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.3; RCC 1984 p. 359 consid. 3).

Si le Dr K._____ a nié la présence d'une hernie discale (expertise du 18.06.2007, p. 5), il s'est fondé sur une IRM lombaire, soit sur un document objectif, de sorte qu'on voit mal comment son avis serait erroné. Au vu de l'analyse de ce médecin, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, procédant sur la base d'une anamnèse complète, d'examens complets, des plaintes de l'assurée et des autres pièces médicales figurant au dossier, on retiendra que l'assurée ne présente pas de hernie discale, quand bien même les Drs F._____ et O._____, au

terme d'investigations moins approfondies que celle de l'expert, ont pour leur part retenu une hernie discale L4-L5 décompensée suite à une chute (rapport du 04.04.2007). Les Drs X._____ et N._____ ont du reste relevé que la simple déshydratation d'un ou de plusieurs disques vertébraux n'est pas une explication suffisante à une symptomatologie douloureuse d'une intensité telle que celle démontrée par l'assurée (rapport SMR du 01.10.2008). Enfin, la recourante ne se fonde sur aucun avis médical lorsqu'elle conteste l'avis du Dr K._____ selon lequel un délai de six mois est admis pour la guérison des lombalgies post-traumatiques en l'absence de lésion structurelle identifiée. On ne voit du reste pas de raisons de s'écarter de cet avis, formulé par un spécialiste en médecine interne et en rhumatologie et au terme d'un examen complet de l'assurée.

c) S'agissant des critiques émises par la recourante à l'encontre du rapport du 20 juin 2007 de G._____, physiothérapeute diplômée, on relèvera que cette spécialiste a simplement indiqué que l'assurée prenait un médicament pendant les tests, sans affirmer qu'il s'agissait de Méfénacide et laissant la question ouverte à ce sujet. Le fait que l'assurée prenait en réalité un autre médicament - à savoir du Zaldiar (expertise du 30.07.2007 du Dr T._____, p. 6) - n'est donc pas propre à mettre en cause l'avis de G._____. On s'étonnera par ailleurs que la recourante ne se base sur aucun document médical pour affirmer que le Zaldiar est un médicament bien plus puissant que le Méfénacide, ce qui n'est donc pas démontré. En outre, le fait que G._____ ait fait mention d'"autolimitation", soit de refus par l'assurée d'exécuter certains gestes, ne saurait signifier que les douleurs n'ont pas été prises en compte, celle-ci ayant relevé que l'intéressée a dû déambuler entre chaque test afin d'atténuer la douleur, et ne saurait suffire à discréditer l'avis de cette spécialiste.

d) Au sujet de l'expertise du 30 juillet 2007 du Dr Q._____, les remarques de la recourante concernant les circonstances de son licenciement du CHUV ne constituent que des précisions d'un épisode très spécifique de l'anamnèse et ne sont pas propres à mettre en cause la

qualité du travail de ce psychiatre. Si le Dr Q._____ n'a pas mentionné d'envies suicidaires, il faut relever qu'il a fondé son avis sur les plaintes subjectives de l'assurée, selon ce qu'elle lui a déclaré, et qu'il a pris en compte les pièces médicales du Dr S._____, psychiatre traitant. Les remarques de la recourante quant à ses activités, qui ne correspondraient pas en totalité avec celles ressortant de l'anamnèse actuelle (rapport du 30.07.2007, p. 3), sont difficilement vérifiables en l'absence d'autres pièces médicales et on ne voit pas en quoi, dans la mesure où elles portent uniquement sur des détails relatifs à la vie quotidienne de l'intéressée, elles suffiraient à discréditer l'avis du Dr Q._____. Le fait que l'assurée rencontre des difficultés sexuelles, en lien avec des mouvements exacerbant les douleurs, n'est pas en soi contradictoire avec l'absence de signes somatiques de dépression, telle une diminution de la libido (rapport du 30.07.2007, p. 3). S'agissant du sommeil, le Dr Q._____ a indiqué que celui-ci, qui avait été très perturbé, était actuellement décrit comme "correct" par l'assurée, de sorte qu'il s'est basé sur les propres dires de l'expertisée. Le maintien d'une capacité d'humeur n'est pas contradictoire avec l'état de santé de l'assurée et il ne ressort pas de l'expertise que celle-ci a pleuré durant une bonne partie de l'entretien.

La recourante ne se base ensuite sur aucun document médical pour contester l'assertion de l'expert selon laquelle l'assurée ne présente pas de sentiment de culpabilité et qu'elle a le sentiment d'avoir entièrement rempli sa mission socioprofessionnelle (rapport du 30.07.2007, p. 3). Le Dr Q._____ a du reste mentionné que l'assurée décrivait une activité professionnelle valorisante, dans laquelle elle s'est épanouie (rapport du 30.07.2007, p.2), ce qui ne peut qu'accréditer son assertion précitée. Il n'est en outre pas réellement démontré que la déclaration du syndrome du tunnel carpien puis une erreur professionnelle ont été les déclencheurs de la dépression, comme le soutient la recourante, et il est douteux que ce fait suffise à remettre en cause les conclusions du Dr Q._____. Lorsque la recourante soutient que l'entretien avec l'expert n'a duré qu'une demi-heure, on relèvera que, selon la jurisprudence, une consultation, même de courte durée, n'exclut

pas nécessairement une étude fouillée et complète du cas (TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6), ce qui est le cas en l'espèce.

Les motivations du Dr Q._____, qui écarte la présence de troubles anxieux spécifiques, de traumatismes majeurs durant la phase de développement et de signes dépressifs manifestes, ne sont nullement contradictoires par rapport aux déclarations de l'assurée et aux éléments ressortant de l'anamnèse. On relèvera que la recourante ne se base sur aucun avis médical pour infirmer les motivations de l'expert et qu'on peut attendre de ce dernier, en tant que spécialiste en psychiatrie, d'apprécier l'état de santé psychique de l'intéressée en connaissance de cause, de sorte qu'on ne voit pas de raisons de s'écarter de son avis. Enfin, on relèvera que l'avis du Dr S._____ (rapports des 01.09.2006 et 30.03.2009) ne justifie pas de s'écarter des conclusions et motivations retenues par l'expert. En effet, au vu du rapport du Dr Q._____, qui comprend une anamnèse détaillée, un examen psychiatrique, la prise en compte des différentes pièces médicales ainsi qu'une appréciation médicale claire et des conclusions dûment motivées, on écartera l'avis, moins fouillé et peu motivé, du Dr S._____. A cela s'ajoute que ce dernier est le psychiatre traitant de l'assurée, de sorte qu'il convient d'apprécier son opinion sur le plan médical avec les réserves d'usage.

e) S'agissant de l'expertise du 30 juillet 2007 du Dr T._____, les remarques de la recourante quant à la durée de son activité en salle d'opération en tant qu'infirmière-instrumentiste et quant à l'organisation de sa vie quotidienne (expertise du 30.07.2007, p. 6) portent à l'évidence sur certains aspects bien spécifiques de l'anamnèse de l'assurée et on ne voit pas en quoi ces quelques rectifications remettraient en cause l'avis de cet expert. Lorsque la recourante conteste la constatation du Dr T._____ selon laquelle la station monopodale ne pose pas de problème (expertise du 30.07.2007, p. 8), on relèvera que cet élément n'est pas contredit par les investigations du Dr K._____, qui a relevé que l'assurée avait refusé le saut monopodal (expertise du 18.06.2007, p. 4), ni par celles de G._____ (rapport du 20.06.2007). Les constatations de l'expert au sujet du status neurologique - relevant que la tonicité et la trophicité

musculaire paraissaient dans les normes et que la sensibilité épicrotique était parfaitement conservée (expertise du 30.07.2007, p. 8) – ne sont pas infirmées par les investigations du Dr K._____ (expertise du 18.06.2007, p. 4). Les autres griefs formés par la recourante à l'égard de l'expertise du Dr T._____ (déshabillage de l'assurée, absence de témoins lors de l'examen, rotation du tronc) ne sont pas pertinents pour remettre en cause l'avis de ce médecin, dès lors qu'ils ne sont pas de nature à altérer ses motivations, en l'occurrence dûment motivées. Les remarques émises par la recourante à l'encontre de l'évaluation de l'incapacité de travail retenue par le Dr T._____, qui ne se fondent sur aucun avis médical, peuvent difficilement se concevoir autrement que comme une critique, en l'occurrence peu convaincante, de l'appréciation de cet expert.

Lorsque la recourante soutient que les médecins de la CRR ont fait fi des rapports des Drs R._____ et S._____, il faut relever au contraire que les avis de ces derniers praticiens, médecins traitants de l'assurée, ont dûment été pris en compte, en tant que pièces médicales figurant au dossier, par les différents médecins de la CRR, ainsi que cela ressort de leurs rapports respectifs. Au demeurant, il n'appartenait nullement aux médecins de la CRR de suivre en tout point les constatations et motivations des médecins traitants de l'assurée, mais bien d'apporter, en tant que spécialistes consultés à cet effet, les résultats de leurs propres investigations, analyses et motivations au sujet de l'état de santé de l'assurée et de sa capacité de travail. A cela s'ajoute que, en tant que médecins traitants de l'intéressée, les avis des Drs R._____ et S._____ doivent être appréciés avec les réserves d'usage.

f) Concernant les documents médicaux déposés par la recourante à l'appui de son courrier du 29 octobre 2009, on relèvera qu'il ne peut en être tenu compte dans la présente procédure dans la mesure où ils se rapportent à la situation de fait postérieure au 27 février 2009, dès lors que le juge n'a pas à prendre en considération les éventuelles modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 129 V 1 consid. 1.2; TF 9C_561/2009 du 14 janvier 2010 consid. 3).

A cela s'ajoute que, dans leur rapport du 2 octobre 2009, les Drs F._____ et O._____ ne se prononcent pas sur la capacité de travail actuelle de l'assurée ni sur son état de santé actuel sur les plans rhumatologique et psychologique, précisant n'avoir pas été consultés par l'assurée depuis avril 2007. Ces médecins n'apportent donc pas d'éléments médicaux nouveaux par rapport à leur précédent rapport, du 4 avril 2007, dont la portée a été examinée ci-dessus, en lien avec les rapports des médecins de la CRR. Si la Dresse R._____, dans son rapport du 27 octobre 2009, retient une capacité de travail nulle, son avis est insuffisamment motivé sur le plan médical, au regard notamment des arguments convaincants des médecins de la CRR, et semble empreint d'une certaine condescendance à l'égard de l'assurée.

Quant au rapport du 27 octobre 2009 du Dr S._____, ce spécialiste fait certes état d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressée et estime que la capacité de travail de celle-ci ne lui permet aucune activité lucrative, ceci d'une façon définitive, mais il se fonde en partie sur des éléments relatifs à la santé physiques (dérèglement de la stabilité du diabète et de l'hypertension artérielle) alors qu'il est psychiatre, et on ne voit pas en quoi son avis, peu étayé, suffirait à remettre en cause l'avis des médecins de la CRR. Au demeurant, les Drs X._____ et N._____ (rapport SMR du 11.11.2009), auquel s'est rallié l'intimé (duplique du 18.11.2009) ont clairement expliqué que les rapports déposés par la recourante le 29 octobre 2009 n'étaient pas susceptibles de modifier la position du SMR.

g) En outre, on relèvera que les rapports des médecins de la CRR, en particulier l'expertise de synthèse du 30 juillet 2007 du Dr T._____, ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et des pièces médicales figurant au dossier ainsi que sur la base d'examens approfondis, des plaintes de l'assurée, des examens radiologiques et IRM effectués et qu'ils se fondent sur une appréciation médicale claire, une motivation dûment étayée et des conclusions convaincantes et motivées, de sorte qu'une pleine valeur probante doit leur être reconnue.

5. En conséquence, à l'instar de l'avis des médecins de la CRR, et plus spécifiquement de celui du Dr T. _____ (expertise du 30.07.2007, p. 12), on retiendra que l'assurée ne présente pas d'incapacité de travail dans son activité habituelle d'infirmière instrumentiste, ni dans toute autre activité comparable en terme de sollicitations somato-psychiques. C'est donc à juste titre que le droit à des prestations d'invalidité a été nié à la recourante, celle-ci ne présentant pas un degré d'invalidité de 40 % permettant l'octroi d'un quart de rente d'invalidité (art. 28 LAI), ni une diminution de la capacité de gain de 20 % fixant le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2). Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

6. Au vu de ce qui précède, le dossier est complet pour que la cause soit tranchée et il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction, soit de mettre en œuvre une expertise, ainsi que le requiert la recourante.

En effet, le juge peut renoncer à un complément d'instruction sans que cela entraîne une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 106 la 162 consid. 2b; TF 8C_659/2007 du 27 mars 2008 consid. 3.2 et les références citées).

7. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Vu l'issue du litige, la recourante n'a pas droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 27 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge de la recourante B._____.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- DAS Protection Juridique SA, à Lausanne (pour B._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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).

Le greffier :