

# VD\_FINDINFO AI 381/09 - 190/2012 vom 8. Juni 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-06-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_381\\_09\\_-\\_190\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_381_09_-_190_2012)

FR: VD\_FINDINFO AI 381/09 - 190/2012 du 8 juin 2012

IT: VD\_FINDINFO AI 381/09 - 190/2012 del 8 giugno 2012

## Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, AI{ASSURANCE}, RENTE TEMPORAIRE, FORCE PROBANTE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL}, ÉTAT DE SANTÉ | 28 LAI, 4 LAI, 17 LPGA, 88a RAI

## Erwägungen

### E. 1

LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

### E. 2

En l'espèce, selon la décision attaquée, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> mai 2008 au 31 mars 2009, alors que la recourante, qui conclut à l'annulation de cette décision, considère qu'elle n'a pas présenté d'amélioration de sa capacité de travail, raison pour laquelle le versement de la demi-rente doit être maintenue au-delà du 31 mars 2009. Sans mettre en doute l'indépendance ou l'impartialité des Drs D.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_, l'intéressée en conteste implicitement la valeur probante dans la mesure où les conclusions relatives à la capacité de travail divergent de celles émises par ses médecins traitants, notamment dès le 1<sup>er</sup> avril 2009, date à laquelle ils ont attesté une incapacité de travail à 50 %. 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% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 LAI). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8

LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, 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; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). b) 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 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). 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 et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). c) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C\_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3). Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en

comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées). Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; 131 V 164 consid. 2.3.3; 125 V 413 consid. 2d; TF 9C\_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2).

### **E. 3**

a) Sur le plan somatique, le Dr K. \_\_\_\_\_, rhumatologue traitant, a de manière constante posé les diagnostics de cervico-dorsalgies sur troubles dégénératifs et statiques modérés et de fibromyalgie (rapports médicaux des 28 août 1996, 4 novembre 2008 et 3 décembre 2009). Les Drs D. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ ont confirmé que la recourante présentait depuis de nombreuses années des troubles statiques et dégénératifs, dont la localisation était initialement lombaire, mais qui s'étaient progressivement étendus à l'ensemble du rachis, puis à l'ensemble de l'appareil ostéoarticulaire. Ils ont toutefois estimé que les atteintes à la santé musculo-squelettiques étaient modestes et qu'il n'y avait aucun argument en faveur d'une fibromyalgie ou d'une arthropathie inflammatoire. L'examen clinique avait essentiellement mis en évidence des troubles de la statique vertébrale et un syndrome rotulien qui entraînaient des limitations fonctionnelles, lesquelles restaient cependant

compatibles avec l'activité habituelle de caissière, profession qu'elle pouvait exercer depuis 1998 à la suite d'un reclassement professionnel. L'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_ relative à l'existence d'une fibromyalgie n'emporte pas la conviction. Ce praticien s'est contenté de poser ce diagnostic dans un contexte de douleurs générales mal systématisées tendineuses et d'état anxio-dépressif (rapport médical du 4 novembre 2008) sans évoquer le nombre de points de fibromyalgie, ni expliquer les motifs pour lesquels les douleurs précitées entraînaient une incapacité de travail dans l'activité de caissière. Ce diagnostic ne trouve en outre pas de fondement dans les constatations psychiatriques de la Dresse O. \_\_\_\_\_ qui démontre de manière convaincante l'absence de trouble sur ce plan, en l'absence des critères cliniques de la CIM-10 (rapport du 19 février 2009). Enfin, s'agissant du diagnostic de bronchite asthmatiforme dont a fait état le Dr K. \_\_\_\_\_, les experts ont indiqué que cette problématique n'avait aucune influence sur la capacité de travail de la recourante, en l'absence de signe d'insuffisance respiratoire. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a finalement attesté une incapacité de travail à 50 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2009, qualifiant le poste d'employée de maison à 80 % de « très dur et pénible » (rapport du 3 décembre 2009). Si les experts ne se sont pas prononcés sur l'adéquation de cet emploi par rapport aux limitations fonctionnelles retenues, ils ont toutefois rappelé que " dans une optique musculo-squelettique rigoureuse (...), une activité professionnelle respectueuse des limitations fonctionnelles énumérées ci-dessus a de tout temps été possible et exigible à 100 % ". Dans la mesure où il incombait à la recourante de s'occuper de trois enfants de 4 ½ ans, 2 ½ ans et 4 mois, de les accompagner en voiture, de préparer les repas et de s'occuper du bébé (rapport du 19 février 2009 des Drs D. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_, p. 4 in fine), on peut réellement douter du caractère adapté d'un tel emploi dans le cas de la recourante au vu de ses limitations fonctionnelles décrites. Il convient dès lors de retenir que sur le plan somatique, la recourante ne présente aucune incapacité de travail dans l'activité habituelle de caissière, laquelle respecte les limitations fonctionnelles mises en évidence par les Drs D. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_, y compris au niveau de la répercussion des gonalgies. b) Sur le plan psychiatrique, le Dr Q. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant depuis le 13 octobre 2008, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et syndrome douloureux somatoforme persistant, attestant une incapacité de travail à 50 % dès la date précitée. Les experts ont retenu que la symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle, développée par l'assurée suite au décès de son père et au conflit conjugal chronique (séparation puis divorce en 2007), avait nécessité un soutien psychothérapeutique. Cet élément a été corroboré par le Dr Q. \_\_\_\_\_ (rapport médical du 5 janvier 2009, point 1.4) qui a précisé que la recourante avait interrompu tout suivi psychothérapeutique en 2006, mais qu'elle avait, à la demande de son médecin traitant, accepté une nouvelle prise en charge, en raison d'une recrudescence de la symptomatologie dépressive. Les experts ont toutefois relevé qu'en raison de la prise en charge psychiatrique ambulatoire, accompagnée d'un traitement médicamenteux antidépresseur et anxiolytique, l'épisode dépressif moyen diagnostiqué par le Dr Q. \_\_\_\_\_ en octobre 2008 avait été suivi d'une nette amélioration qui avait permis à la recourante de reprendre une activité professionnelle à 80 % dès le mois de janvier 2009. Au vu de ces éléments, il n'y a pas lieu de remettre en cause l'octroi d'une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> mai 2008 (à l'issue du délai d'attente d'un an) au 31 mars 2009 (après trois d'amélioration de l'état de santé), même si l'intimé a fait preuve d'une certaine bienveillance en s'appuyant sur l'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_ (rapport médical du 4 novembre 2008, point. 1.6) pour fixer le début d'une affection psychique susceptible de réduire la capacité de travail de sa patiente et ce, en dehors de

toute prise en charge psychothérapeutique. Pour la période débutant en janvier 2009, les experts n'ont, lors de l'examen clinique du 16 février 2009, objectivé aucun des symptômes décrits par le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 5 janvier 2009. On peine ainsi à comprendre les motifs pour lesquels la capacité de travail a finalement été réduite de 80 à 50 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2009 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, ce dernier se limitant à expliquer que la tentative de réinsertion professionnelle s'était soldée par un échec, sans énoncer de symptômes psychiques (courrier du 21 décembre 2009). Dès lors, il n'y a pas lieu de s'écarter des constatations de la Dresse O.\_\_\_\_\_, laquelle a clairement fait état d'une rémission complète de la symptomatologie dépressive et nié la présence d'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux en l'absence des critères de la CIM-10, notamment celui d'un véritable sentiment de détresse. Il convient par conséquent de retenir que la recourante ne présente pas d'atteinte à sa capacité de travail sur le plan psychique, respectivement sous l'angle d'un éventuel trouble somatoforme douloureux, dès le mois de janvier 2009, période correspondant à la reprise d'un emploi. Par ailleurs, aucun élément ne permet de conclure à une aggravation de son état de santé psychique dès le mois d'avril 2009. c) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans ne voit aucune raison de s'écarter des conclusions des Drs D.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ dont le rapport d'expertise remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'intimé n'a ainsi pas violé le droit fédéral en accordant plus de valeur probante à une expertise bidisciplinaire, qui tenait compte des interactions entre les affections physiques et psychiques de la recourante, qu'à l'avis des médecins traitants, qui s'étaient prononcés sous un angle général dans le cadre d'une relation thérapeutique entre patiente et médecin, se fondant en grande partie sur le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et d'état dépressif, dont on ne saurait déduire l'existence d'une incapacité de travail. Les griefs de la recourante sont donc en tous points mal fondés

#### **E. 4**

Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 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. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).