

VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 26 vom 30. Juli 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-07-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__26

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 26 du 30 juillet 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 26 del 30 luglio 2014

Regeste

RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 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). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). En l'occurrence, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il convient d'entrer en matière sur le fond.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte sur le bien-fondé de la suppression, par voie de révision, de la rente entière d'invalidité accordée à la recourante depuis le 1^{er} janvier 2001, avec effet au 1^{er} janvier 2013, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé d'aboutir à une telle conclusion. La recourante allègue pour l'essentiel que son état de santé psychique ne s'est pas amélioré, si bien qu'une suppression de sa rente d'invalidité n'était pas justifiée.

E. 3

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 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 (art. 6 LPGA). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable; un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 LAI).

E. 4

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge, s'il y a 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (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). Cela étant, selon la Haute Cour, 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 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, 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 (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en

cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3). 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).

E. 5

Il convient d'examiner si, comme l'a retenu l'intimé, la suppression de la rente d'invalidité se justifiait. a) Conformément à l'art. 17 al. 1 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (cf. ATF 112 V 372 consid. 2b et 112 V 390 consid. 1b). 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 (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833). Le point de savoir si un 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 repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5 ; cf. voir également ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence ; cf. TF 9C_181/2011 du

E. 9

décembre 2011 consid. 6.1). b) Selon l'al. 1 de la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6^e révision de l'AI, premier volet), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies. L'al. 4 de la let. a des dispositions finales précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen. Le Tribunal fédéral a tout d'abord jugé que trois conditions doivent être réalisées pour que puisse avoir lieu une révision du droit à la rente fondée sur l'al. 1 de la let. a des dispositions finales, étant précisé qu'il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue. Premièrement, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit avoir été accordée uniquement « ausschliesslich » en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Ce n'est que si cette condition est remplie qu'une procédure de révision fondée sur les dispositions finales peut être introduite. Deuxièmement, au moment de la révision, seul un tel diagnostic doit exister ; il convient également d'examiner si l'état de santé s'est

dégradé et si un autre diagnostic peut être posé en se fondant, cas échéant, sur une expertise. Enfin, il faut vérifier si les « critères de Foerster » (cf. consid. 6b/cc infra) sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (cf. ATF 139 V 547 consid. 10.1 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 5.2, 8C_436/2013 du 23 janvier 2014 consid. 4 et 8C_505/2013 du 8 janvier 2014 consid. 4.1). L'application de l'al. 1 de la let. a des dispositions finales découle exclusivement de la nature de l'atteinte à la santé ayant fondé le droit à la rente. Il n'y a pas lieu d'étendre l'application de cette réglementation par analogie aux cas dans lesquels il existe une pathologie objectivée, mais où l'on peut se demander si celle-ci justifie l'intégralité des plaintes exprimées par le patient (cf. TF 8C_738/2013 du 8 avril 2014 consid. 3.1.2.1 et TF 9C_379/2013 du 13 novembre 2013 consid. 3.2.3). Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a déclaré « préciser » cette jurisprudence en ce qui concerne la première condition, à savoir que la let. a al. 1 des dispositions finales de la LAI est également applicable lorsque la rente n'a pas été allouée exclusivement en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (TF 8C_74/2014 du 16 mai 2014). Le Tribunal fédéral a considéré qu'il fallait séparer le syndrome sans pathogenèse des autres affections dont l'assuré était atteint, dans la mesure où une telle séparation est possible (cf. « Lassen sich solche von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden », TF 8C_74/2014 op. cit., consid. 6.2.3 in fine). Ainsi, dans cet arrêt destiné à la publication, où l'assuré était atteint d'un trouble somatoforme et d'un trouble somatique (en l'espèce rhumatologique) à raison de 37%, le Tribunal fédéral, après avoir constaté que le trouble somatoforme n'était pas invalidant, a supprimé la rente, le taux de 37% étant insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. c) En l'occurrence, il convient de relever que les circonstances du cas particulier ne tombent pas sous le coup des motifs d'exclusion prévus à l'al. 4 de la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI. En effet, lors de la procédure de révision, la recourante, née en 1961, n'avait pas atteint l'âge de 55 ans et n'était pas au bénéfice de la rente depuis plus de quinze ans. En outre, si elle a certes répondu au « questionnaire pour la révision de la rente » en juin 2011, le réexamen devait se faire, dès le 1^{er} janvier 2012, en application des règles prévues par les dispositions finales (ch. 1017 CFD [sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011, valable dès le 1^{er} janvier 2013]), comme l'en a informé l'OAI en mars 2012. 6. Au moment de la décision initiale d'octroi de la rente entière d'invalidité en juillet 2002, la recourante présentait selon le rapport du Dr B. _____ du 27 décembre 2001 un trouble dépressif récurrent et un trouble somatoforme douloureux entraînant une incapacité de travail totale dès le mois de janvier 2000. La Dresse J. _____ s'est ralliée à ces conclusions. L'OAI s'est fondé sur ces rapports et a dès lors alloué une rente entière à la recourante. a) Lors de la décision attaquée, sur le plan somatique, dans son certificat médical du 5 décembre 2012, le Dr H. _____ mentionne que la recourante souffre d'un diabète de type 2 depuis octobre 2012 et reçoit un traitement adéquat et des mesures d'hygiène de vie. Il ne mentionne pas d'incapacité de travail. Comme le relève à juste titre le Dr Z. _____, ce certificat médical est clairement insuffisant pour justifier une quelconque incapacité de travail. Dans son rapport du 14 février 2012, le Dr K. _____ fait état de douleurs poly- et péri-articulaires diffuses et migrantes sur probable syndrome polyinsertionnel récurrent et de cervicobrachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Il relève que les examens pratiqués se sont révélés rassurants, ne faisant apparaître aucun signe de tendinopathie, synovite, érosion ou trouble dégénératif significatif, hormis une imagerie qui a révélé des troubles

statiques et dégénératifs modérés de la colonne cervicale. Ce spécialiste en rhumatologie impute les douleurs à un syndrome polyinsertionnel douloureux, soit une fibromyalgie ou un trouble somatoforme douloureux persistant selon le Dr Z. _____ ; ce dernier considère qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique, ce trouble ne constitue pas une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Dans ses rapports des 11 et 14 septembre 2012, le Dr K. _____ mentionne une fluctuation de la symptomatologie douloureuse rachidienne et énonce des douleurs plantaires droite et gauche et un affaissement des voûtes plantaires, traitées par infiltration et port d'une semelle en silicone. Il énonce une impotence fonctionnelle dans les déplacements de l'assurée, limitant le périmètre de marche à 30 minutes, mais n'évoque aucune autre limitation fonctionnelle ni une quelconque incapacité de travail. Sous réserve de la fibromyalgie, laquelle doit être examinée selon les mêmes critères que les troubles somatoformes douloureux (cf. consid. 6b infra), il ressort de ces éléments qu'aucune pathologie somatique n'est à considérer comme une atteinte incapacitante. Comme les Drs H. _____ et K. _____, le Dr Z. _____ ne retient pas d'incapacité de travail les troubles énoncés n'engendrant pas de limitations fonctionnelles justifiant une telle incapacité de manière durable. b) Reste à examiner s'il existe un trouble psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail de la recourante. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou – comme condition alternative – qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence). aa) S'agissant du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, retenu par le Dr B. _____ en novembre 2001, l'expert F. _____ s'est écarté de ce diagnostic au profit de celui de dysthymie. Il explique que l'état dysphorique présenté par l'expertisée correspond mieux à ce que le code diagnostique décrit sous forme de dysthymie, savoir des fluctuations d'humeur avec périodes de dépression mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour poser un diagnostic de trouble dépressif proprement dit. Il précise qu'avec un tel diagnostic, la personne reste habituellement capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est exactement le cas de la recourante. De surcroît, il mentionne avoir examiné les critères de la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) permettant de retenir l'existence d'un trouble dépressif. Cet examen l'a conforté dans son appréciation ; il apparaissait clairement que l'on ne se trouvait pas dans un état dépressif cliniquement défini, ce qui était en outre confirmé indirectement par l'absence de traitement spécifique à tous les niveaux (pharmacothérapie, psychothérapie, psychiatre, etc.). Il situe l'amélioration de l'état de santé de la recourante début 2009, soit lors de l'arrêt des antidépresseurs. Compte tenu des motifs convaincants évoqués par l'expert, il y a lieu de retenir que depuis 2009, le trouble dépressif récurrent s'est amendé, seul subsistant le diagnostic de dysthymie, cette affection n'entraînant pas d'incapacité de travail. bb) Dans son rapport du 11 février 2013, la Dresse N. _____ a posé le diagnostic

de schizophrénie simple. L'expert F. _____ auquel ce rapport a été soumis a indiqué que ce diagnostic n'était pas du tout étayé. Après avoir rappelé la définition de ce trouble selon la CIM-10, ce que n'a pas fait la Dresse N. _____, il a relevé que les critères décrits n'étaient pas réalisés. Parmi ceux-ci, pour que ce diagnostic puisse être posé, il faut la présence d'au moins une année de symptômes dits négatifs. Or d'une part cette praticienne a effectué un consilium, donc pas de suivi et pas d'observations sur la durée, d'autre part, le rapport se limite à mentionner les plaintes de la patiente et les observations cliniques ne permettent pas de conclure au diagnostic posé. Enfin, l'expert n'a pas constaté de symptomatologie négative. La recourante a certes une situation sociale particulière compte tenu de son illettrisme, la perte de ses repères à cause de son divorce et une dépendance vis-à-vis de ses enfants. Le diagnostic de difficultés liées à l'éducation et à l'alphabétisation ne relève toutefois pas de l'assurance-invalidité. En outre, comme le relève l'expert, la recourante s'est créée un petit système d'orientation, s'occupe régulièrement de ses petits-enfants et a des relations avec des amis et ses voisines. En définitive, au contraire de celles de la Dresse N. _____, les conclusions de l'expert sont motivées et convaincantes. Il n'y a dès lors pas lieu de retenir le diagnostic de schizophrénie simple. Quant au diagnostic de probable épisode dépressif évoqué par cette praticienne, il a été réfuté par le Dr F. _____ dans le cadre de son expertise, au terme d'explications convaincantes comme exposé ci-dessus. cc) En ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux ou la fibromyalgie, selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les références citées), de tels troubles n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Elle a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (« critères de Foerster »). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 506/04 arrêt du 22 février 2006). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert; ainsi que l'allégation

de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; ATF 131 V 49). Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TF I 87/06 du 31 janvier 2007 et la jurisprudence citée). Comme on l'a vu aux consid. 6 b) aa) et bb) ci-dessus, seul le diagnostic de dysthymie doit être retenu, lequel n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Il n'y a donc pas de comorbidité psychiatrique importante. Quant aux autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail, ils ne sont pas non plus réalisés. On ne voit pas que la recourante réunisse en sa personne plusieurs de ces critères (ou du moins pas dans une mesure très marquée) qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Certes, celle-ci présente en sus du syndrome douloureux somatoforme persistant des affections corporelles, mais dont l'importance est mineure selon les descriptions du dossier et n'entravent pas sa capacité de travail (cf. consid. 6a supra). Il n'y a pas non plus de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie puisqu'il y a eu une stabilisation de la situation sociale avec un arrangement intra familial et que, selon le descriptif qu'a fait la recourante lors de l'expertise de 2012, elle entretient, en dehors de ses enfants et petits-enfants, des contacts avec des connaissances en ville, des voisins et sa famille d'origine, et s'est créée un système de repérage de manière à pouvoir utiliser un téléphone portable. Dans son rapport du 21 juillet 2012, l'expert mentionne que la recourante s'est habituée à sa nouvelle situation de femme divorcée et a fait, ce qu'il a appelé, un reconditionnement social. Cela étant, on ne voit pas au dossier que chez la recourante, l'apparition du trouble somatoforme douloureux résulterait d'une libération du processus de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). L'expert ne fait mention d'aucune source de conflit intrapsychique ni situation conflictuelle extrême permettant d'expliquer le développement du syndrome douloureux et son aboutissement jusqu'à une interruption totale de toute activité lucrative. Enfin, il n'y a pas non plus d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. A cet égard, on relèvera que le Dr S. _____, interpellé par le Dr F. _____ dans le cadre de l'expertise, a mentionné l'absence de prescription d'antidépresseur depuis le début de l'année 2009, la recourante n'étant pas venue pour renouveler les prescriptions. Il résulte de ce qui précède que sur le plan psychiatrique, la recourante ne présente aucune atteinte invalidante, sa capacité de travail étant entière dans les activités professionnelles assumées auparavant. Les conclusions de l'expertise du Dr F. _____, confirmées par son complément du 19 août 2013, doivent dès lors être suivies, étant précisé qu'elle souscrit aux réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 4 supra). Ces rapports décrivent clairement de manière fouillée tous les points importants, l'appréciation de la situation médicale est bien expliquée et les conclusions de l'expert sont parfaitement motivées. Les raisons pour lesquelles une dysthymie et un syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique majeure, selon la terminologie de la CIM-10, sont les mieux à même de décrire la psychopathologie de la recourante font l'objet d'une démonstration convaincante. Il en va de même des raisons pour lesquelles l'expert considère que l'on peut écarter d'autres troubles psychiatriques, en particulier des signes de trouble dépressif. c) Il résulte de ce qui précède que le seul

diagnostic existant lors de la procédure de révision en plus de celui de dysthymie qui n'entraîne pas d'incapacité de travail est celui de trouble somatoforme douloureux, soit une atteinte sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Les conditions de la let. a al. 1 des dispositions finales étaient ainsi remplies, l'intimé pouvait, par conséquent, sur la base de cette disposition, supprimer le droit de la recourante à une rente d'invalidité. 7. L'instruction du dossier permettant dès lors de statuer en toute connaissance de cause, tant sur le plan psychique que somatique, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une expertise pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il sera dès lors renoncé à la mise en œuvre d'un « bilan psychique et physique » tel que demandé par la recourante. 8. a) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que les conditions d'octroi de la rente d'invalidité ne sont plus remplies, de sorte que l'intimé était fondé à supprimer la rente d'invalidité le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision du 26 novembre 2012 (art. 88 bis al. 2 let. a RAI). Le recours doit par conséquent être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Ceux-ci, arrêtés à 400 fr., doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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