

## **VD\_GERICHTE ZD13.049299 vom 6. Juni 2016**

VD Tribunal cantonal, 2016-06-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD13.049299](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.049299)

FR: VD\_GERICHTE ZD13.049299 du 6 juin 2016

IT: VD\_GERICHTE ZD13.049299 del 6 giugno 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du

- 12 -

#### **E. 6**

octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA et l'art. 69 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si elle peut prétendre à la poursuite du versement de la rente pour la période postérieure au 31 août 2012. 3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : ■ 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 ; ■ il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ; ■ au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais

- 13 - pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art.

## E. 7

al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). c) La jurisprudence a progressivement rendu plus sévère l'appréciation du caractère raisonnablement exigible de la reprise du travail pour les assurés souffrant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique. Ainsi, le Tribunal fédéral a posé la présomption que les troubles somatoformes douloureux, la fibromyalgie ou les troubles moteurs dissociatifs, notamment, n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352, 132 V 65). Toujours selon cette jurisprudence, de tels syndromes peuvent en principe être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Toutefois, certains facteurs, par leur intensité et leur constance, peuvent rendre la personne concernée incapable de fournir cet effort de volonté. 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 figurent un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans

- 14 - rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, 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), ainsi que l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3, 132 V 65 consid. 4.2.2). d) aa) Dans un ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a pris acte de diverses critiques de sa précédente jurisprudence relative à l'appréciation du caractère raisonnablement exigible de la reprise du travail pour un assuré d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281). Il a assoupli cette jurisprudence, notamment en abandonnant la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et en introduisant un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). bb) Selon cette nouvelle jurisprudence, la preuve d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une atteinte analogue suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure 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, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas

- 15 - de 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 psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. cc) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les

- 16 - différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité). dd) Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Un complément d'expertise peut également s'avérer nécessaire selon les cas (consid. 8 de l'arrêt cité). 4. a) En l'espèce, la recourante a présenté, au premier plan, un trouble dissociatif convulsif. Dans son rapport du 21 mai 2012, le docteur S. \_\_\_\_\_ a également posé les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction anxieuse et dépressive mixte, en rémission, et de personnalité histrionique. Il a nié toute incapacité de travail en relation avec ces deux derniers diagnostics et, de manière plus nuancée, a proposé de postuler une compatibilité de principe des troubles moteurs dissociatifs avec une activité professionnelle, n'excluant toutefois pas une diminution de rendement dans la mesure où l'assurée devait se coucher pendant ses

- 17 - crises convulsives. L'expert a notamment estimé qu'il fallait faire preuve d'une certaine fermeté (« guidance avec fermeté ») sans quoi « le processus d'invalidation était programmé ». Dans ce sens, il a clairement pris ses distances avec les avis exprimés par le psychiatre traitant, d'après lequel toute insertion professionnelle était exclue. A la suite de cette expertise, un stage d'observation a été envisagé, auquel l'intimé a toutefois dû renoncer après un premier essai, l'assurée étant tombée d'une chaise lors d'une crise convulsive. Le médecin conseil du COPAI a jugé que de telles crises rendaient le stage impossible, tant pour des motifs de sécurité au travail de l'assurée que pour éviter de déstabiliser les autres stagiaires. Se fondant principalement sur l'avis du docteur S. \_\_\_\_\_ et sur les déterminations sur dossier de son Service médical régional, l'intimé a ensuite considéré qu'une pleine capacité de travail était exigible de la part de l'assurée dans son activité habituelle, de sorte qu'elle ne pouvait prétendre à une rente d'invalidité. Un tel constat ne pouvait pas être posé sur ces bases. Sans être totalement dépourvue de valeur probante, l'expertise du docteur S. \_\_\_\_\_ reste néanmoins assez imprécise sur la capacité de travail réelle de l'assurée. Le docteur S. \_\_\_\_\_ indique qu'une pleine capacité de travail est exigible, tout en laissant entendre qu'il s'agit plus d'un postulat de principe que d'un véritable constat et en admettant qu'une diminution de rendement pourrait être inévitable. Par la suite, l'avis émis par le docteur Q. \_\_\_\_\_ laisse penser que le postulat de principe du docteur S. \_\_\_\_\_ ne peut pas être confirmé après une première expérience en ateliers professionnels. Par la suite, les avis émis sur dossier par des médecins non psychiatres du Service médical régional de l'intimé ne convainquent pas ; la référence à un avis émis oralement par le docteur « VDOCJ », qui ne cosigne toutefois pas le rapport, est évidemment insuffisante. b) Pour les motifs exposés ci-avant, il a été nécessaire de compléter l'instruction par une expertise judiciaire. L'expert K. \_\_\_\_\_ confirme pleinement l'exigibilité d'une reprise du travail de la part de la recourante, telle que « postulée » par le docteur S. \_\_\_\_\_. Il n'admet

- 18 - pour sa part aucune diminution de rendement. Il a posé ses constatations sur la base d'une analyse du dossier et de son examen clinique, en prenant dûment en considération les plaintes de la recourante. Il explique également bien en quoi consiste le diagnostic de trouble dissociatif de conversion et pourquoi il ne l'estime pas incapacitant dans le cas de la recourante. Il est vrai que la structure de son expertise et la manière de présenter son analyse est étroitement liée à l'ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'appréciation de la capacité de travail d'un assuré souffrant d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire. Le docteur K. \_\_\_\_\_ a néanmoins clairement mis en évidence les indicateurs qui permettent, selon la jurisprudence actuelle découlant de l'ATF 141 V 281, de constater une pleine capacité de travail. Il a en particulier souligné l'absence d'une autre atteinte psychique ou physique de nature à réduire encore les ressources adaptatives de la recourante ; sur ce point, il a notamment approuvé le point de vue du docteur S. \_\_\_\_\_ relatif au fait que le trouble de l'adaptation, avec une symptomatologie anxieuse et dépressive, était en rémission, et a exposé de manière convaincante que le trouble cognitif léger n'était pas d'origine organique, mais était une manifestation du trouble de conversion. Le docteur K. \_\_\_\_\_ a également souligné que l'assurée avait toujours conservé des capacités relationnelles, maintenant des contacts avec sa fille, ses petits-enfants et sa famille d'origine et disposant d'un réseau social consistant. Il a, enfin, exposé que le trouble de conversion était en rémission partielle au moment de l'expertise, c'est-à-dire que le seuil diagnostique selon les ouvrages de référence n'était plus atteint en dehors de quelques symptômes résiduels. Pour la période antérieure à l'expertise, le docteur

K.\_\_\_\_\_ a noté que les crises de l'assurée avaient progressivement diminué tant en durée qu'en fréquence. Elle avait appris à les contrôler lorsqu'elle les sentait venir, à l'aide de techniques respiratoires, et ne faisait plus de crises depuis septembre 2014. Dans ce contexte, on observera que le docteur S.\_\_\_\_\_ avait déjà noté, en 2012, que l'assurée sentait venir ses crises, qu'elle ne tombait plus et qu'elle avait le temps de s'allonger. Elle pouvait ensuite reprendre normalement ses activités. En octobre 2012 également, la

- 19 - doctoresse U.\_\_\_\_\_ avait indiqué que les crises convulsives étaient tout à fait gérables, la patiente ressentant d'abord un sentiment d'étrangeté, puis un sentiment de faiblesse généralisée qui lui laissait le temps d'aller se coucher et de se mettre à l'abri. Le retentissement des crises sur la vie quotidienne de l'assurée en était notablement atténué. Au regard de ces observations concordantes des docteurs S.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_, corroborées par l'expertise du docteur K.\_\_\_\_\_, le fait que l'assurée ait chuté de sa chaise, en 2013, à l'occasion d'une crise lors d'une tentative de reprise du travail au COPAI, n'a été selon toute vraisemblance qu'un événement isolé à l'époque. Au demeurant, même en admettant de prendre en considération une diminution de rendement en raison de la nécessité pour l'assurée, jusqu'en septembre 2014, de se retirer quelques minutes et de s'allonger lorsqu'elle sentait venir une crise convulsive, cette diminution de rendement n'aurait pas dépassé 15 à 20% dans son activité professionnelle habituelle, ce qui est insuffisant pour constater un taux d'invalidité de 40% ouvrant droit à une rente. A cet égard, la doctoresse U.\_\_\_\_\_ a fait mention de quatre à huit crises convulsives par jour, d'une durée de trois à dix minutes, ce qui représente 1h20 par jour au maximum. c) Au vu de ce qui précède, un complément d'expertise n'est pas nécessaire. Il convient de constater que la recourante ne présentait plus d'incapacité de travail entraînant une incapacité de travail et de gain de 40% au moins à partir de fin mai 2012. Sur la base de l'expertise du docteur K.\_\_\_\_\_, on devrait même constater qu'elle n'a pas présenté, entre le dépôt de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité et celui de la décision litigieuse, une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, de sorte que la rente limitée dans le temps allouée par l'intimée l'aurait été à tort. Cette question peut toutefois demeurer ouverte, car il conviendrait, dans cette hypothèse, de renoncer à une reformatio in pejus compte tenu des imprécisions nécessairement liées à la détermination de l'évolution de la capacité de travail d'un assuré dans des circonstances telles que celles du cas d'espèce. L'intimé ne conclut d'ailleurs pas à une telle reformatio in pejus.

- 20 - 5. La procédure est onéreuse et les frais de justice, par 400 fr., sont mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI). Dans la mesure où l'intimé aurait déjà dû, au vu des pièces qu'il avait au dossier, compléter l'instruction en application de son devoir d'instruire la cause d'office (art. 43 al. 1 LPGA) – pour les motifs exposés au consid. 4a ci- avant –, les frais d'expertise, d'un montant de 4'460 fr. seront mis à sa charge (art. 45 al. 1 LPGA ; cf. ATF 137 V 210, TF 9C\_801/2012 du 28 octobre 2013). La recourante voit ses conclusions rejetées et ne peut donc pas prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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