

VD_GERICHTE ZD15.052830 vom 27. Juli 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-07-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.052830

FR: VD_GERICHTE ZD15.052830 du 27 juillet 2017

IT: VD_GERICHTE ZD15.052830 del 27 luglio 2017

Erwägungen

E. 1

La formation d'aide comptable se serait déroulée en milieu protégé. En dehors de ce milieu, l'assurée serait incapable de travailler. Les spécialistes en réadaptation sauront mieux que moi expliquer que l'ORIF est un centre de formation, et non pas un atelier protégé où des handicapés fournissent un travail occupationnel sans impératif de rendement. Une fois formé, l'assuré qui a réussi son stage est réputé pouvoir s'intégrer dans le monde du travail normal.

E. 2

Plaintes et données subjectives de l'assuré(e) Cf. ci-dessus.

E. 2.1

Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) Non, le traitement actuel paraît adéquat.

E. 2.2

A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ? Maintenir une pleine capacité de travail.

- 20 - 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?

E. 2.3

L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

- 19 - Oui à plein temps.

E. 2.4

Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ? Oui, estimé à 30%.

E. 2.5

Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Depuis environ courant 1993

E. 2.6

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Cela s'est progressivement mais lentement amélioré, sans toutefois disparaître complètement. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Oui, mais il lui faudra probablement un temps d'adaptation plutôt long dans un environnement tolérant. C. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si

oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants 1. la possibilité de s'habituer à un rythme de travail 2. l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social 3. la mobilisation des ressources existantes Si non, pour quelles raisons ? Oui. Comme il était proposé dans le rapport de juillet 2007 de l'ORIF il faudra probablement à l'expertisée passer par un stage de réentraînement au travail afin qu'elle puisse retrouver une confiance en soi et la consolider. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

E. 3

Status clinique Status physique et psychique (en cas de troubles somatoformes, prière d'établir une analyse précise des symptômes et respectivement des douleurs) Résultats des tests avec la méthode utilisée Cf. ci-dessus.

E. 3.1

Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? Oui, mais en évitant les activités nécessitant les contacts avec la clientèle et les déplacements hors zone dans laquelle l'assurée se sent en sécurité.

E. 3.2

Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ? A plein temps.

E. 3.3

Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? 30%.

E. 3.4

Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Remarques et/ou autres questions. » Dans un avis du 23 août 2013, le Dr F. _____ s'est rallié à l'avis des experts, relevant qu'idéalement, l'activité proposée devrait éviter des contacts fréquents avec la clientèle et les déplacements hors de la zone dans laquelle l'assurée se sent en sécurité. Dans un rapport du 27 novembre 2013, le Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie, écrit ce qui suit au conseil de l'assurée : « Du point de vue psychiatrique, la situation de Madame K. _____ reste très précaire. Elle bénéficie d'un lourd traitement psychiatrique qui nécessite une prise de sang chaque mois, afin de vérifier la non-toxicité du traitement. La patiente reste extrêmement fragile et vulnérable aux différents facteurs de stress de la vie courante. Le moindre changement dans ses habitudes est susceptible d'induire un état de crise, voire une décompensation de son état psychique. Il est totalement illusoire d'imaginer que Madame K. _____ puisse un jour travailler. Dans son parcours de vie, elle n'a jamais tenu une place de travail plus de six mois, avant de tomber malade. Une réinsertion a été tentée, se soldant par un échec. La patiente fait actuellement un effort intense pour vivre tout simplement.

- 21 - Si on l'oblige de travailler, l'échec est programmé et certain. » Par lettre du 6 décembre 2013, l'office a mis en demeure l'assurée de lui confirmer qu'elle acceptait la capacité de travail de 100 % avec baisse de rendement de 30 % dans une activité adaptée et de collaborer pleinement tout au long des mesures qui seront mises en place. A défaut de réponse ou en cas de réponse négative, l'office avertissait l'assurée qu'il mettrait un terme à l'instruction de son droit à des mesures professionnelles et qu'il évaluerait son taux

d'invalidité en tenant compte d'une activité de travail de 70 % dans sa profession d'employée de bureau ce qui aboutirait à la suppression de la rente. Dans un nouveau courrier du 15 janvier 2014 au conseil de l'assurée, le Dr B. _____ s'exprime ainsi : « Je suis Madame K. _____ à mon Cabinet depuis le 1er avril 2010. La patiente souffre d'un trouble psychiatrique extrêmement handicapant avec une première décompensation à l'âge de trente ans nécessitant une longue hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de Z. _____ ainsi qu'un traitement neuroleptique qui a induit une dyskinésie tardive sévère et difficilement traitable. Concernant cette dyskinésie tardive, Madame K. _____ est suivie par le Professeur H. _____, neurologue au Centre hospitalier W. _____. Actuellement, Madame K. _____ présente un ralentissement psychomoteur, une anhédonie, une diminution de l'élan vital, des phobies d'impulsion, des troubles de la concentration et de l'attention, ainsi que des troubles formels de la pensée sous forme de rétrécissement de la pensée, sauts du coq à l'âne et des associations relâchées. Nous notons également un apragmatisme. Dans ce cadre Madame K. _____ est dans l'incapacité à effectuer une quelconque activité professionnelle. L'incapacité de travail est évaluée à 100 %. L'état de santé de Madame K. _____ depuis le mois de mars 2011 est resté stationnaire et l'incapacité de travail actuel s'élève à 100 %. Il est également à noter que Madame K. _____ a bénéficié d'une rente AI à 100 % depuis plus de dix ans et a déjà effectué une réinsertion professionnelle qui a échoué en raison d'un état psychique défaillant. Il est tout à fait contre-indiqué de pousser Madame K. _____, à tout prix, à se réinsérer professionnellement. Madame K. _____ devrait bénéficier clairement d'une AI à 100 %. »

- 22 - Dans un avis du 13 mars 2014, le Dr J. _____ du SMR estime que le Dr B. _____ a une évaluation différente, plus empathique, d'une même situation que celle des experts. Par lettre du 17 mars 2015, l'office a de nouveau adressé à l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, une sommation en ce sens qu'un délai lui était imparti pour confirmer par écrit qu'elle souhaitait bénéficier de mesures de réinsertion professionnelle et qu'elle collaborerait pleinement tout au long des mesures mises en place. Dans un projet de décision du 7 mai 2015, l'office a annoncé à l'assurée son intention de supprimer la rente puisqu'elle présentait une capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle avec une diminution de rendement de 30 %, l'incapacité de travail et de gain s'élevant dès lors au même taux. L'assurée a produit un nouveau rapport du 29 juin 2015 du Dr B. _____ libellé comme suit : « Depuis le mois de janvier 2014, l'état de santé de ma patiente s'est péjorée sous forme de ruminations anxieuses et d'une symptomatologie dépressive, qui s'aggrave depuis quelques mois. Cette aggravation est en lien étroit avec le projet de suspension de la rente AI. Madame K. _____ reste extrêmement fragile du point de vue psychiatrique et il est totalement illusoire de vouloir réinsérer la patiente dans le monde du travail. Un essai de réinsertion professionnelle va décompenser avec certitude l'état psychique de ma patiente, avec un risque majeur d'une hospitalisation en milieu psychiatrique voire d'un geste auto-agressif. Il est important de rappeler que Madame K. _____ a déjà bénéficié d'une réinsertion professionnelle à l'Centre X. _____ et que cette tentative s'est soldée par un échec. Après le stage à l'Centre X. _____, ma patiente a trouvé par elle-même un nouveau stage auprès de la [...], comme employé (sic) de bureau et aide comptable, ce stage s'est malheureusement soldé par un échec, en raison d'angoisses importantes et paralysantes, perdant tous ses moyens. A noter que suite à ce stage auprès de la [...], la patiente a commencé à manifester des symptômes extra-pyramidaux, induits par les angoisses ressenties durant le stage. Ce trouble neurologique est actuellement pris en

charge par le Professeur H. _____, au Centre hospitalier W. _____.

- 23 - Ce qu'il faut également rappeler, est le fait que Madame K. _____ a déjà été hospitalisée en milieu psychiatrique, à [...] pendant plus que six mois. Par la suite, elle a été suivie pendant des nombreuses années par un psychiatre installé à [...]. Pendant les années qui ont suivi l'hospitalisation la patiente est restée dans un état de souffrance psychique extrêmement important, souffrant de phobies, étant complètement isolée socialement, avec une idéation suicidaire importante. Madame K. _____ est inapte à 100% à effectuer une quelconque activité professionnelle ou de réinsertion professionnelle. » Dans un avis du 17 juillet 2015, le Dr S. _____, du SMR, a considéré que le courrier du 29 juin 2015 du Dr B. _____ n'amenait aucun élément nouveau depuis l'expertise de 2013. Il relève en particulier que l'aggravation relatée « en lien étroit avec le projet de suspension de la rente AI » est un trouble réactionnel à un événement social qui disparaîtra avec le temps et non l'aggravation d'empêchements prenant leurs racines dans la sphère médicale. Selon le Dr S. _____, ces éléments sont à rattacher au trouble anxieux décrit dans l'expertise qui explique que ce sont justement ces troubles qui justifient une baisse de rendement de 30 %. Par décision du 3 novembre 2015, l'OAI a confirmé son projet du 7 mai 2015 de suppression de rente, en relevant en particulier que selon le rapport d'expertise, la capacité de travail de la recourante était de 100 % avec une diminution de rendement de 30 % et qu'une mesure de réinsertion avait été proposée à la recourante qui l'avait refusée estimant ne plus pouvoir travailler. Dans la lettre d'accompagnement de cette décision, l'OAI a écrit que l'expertise du Centre L. _____ remplissait tous les réquisits jurisprudentiels. Il a expliqué que le Dr B. _____ attestait d'une incapacité totale de travail de l'assurée dès le début de son suivi en 2010, sans faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés des experts, lesquels n'avaient pas confirmé le diagnostic d'un trouble de nature psychotique. Il a encore relevé que l'assurée avait refusé les mesures professionnelles proposées et qu'elle avait été informée des conséquences d'un tel refus.

- 24 - E. Par acte du 4 décembre 2015, K. _____ recourt contre la décision précitée, en concluant à son annulation, une rente entière continuant à lui être servie. Par réponse du 18 janvier 2016, l'intimé conclut au rejet du recours. Par duplique du 29 janvier 2016, la recourante maintient ses conclusions. 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). 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) s'applique aux recours et contestations par voie d'action 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 let. a LPA-VD). En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA) devant l'autorité compétente, le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en

- 25 - 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 (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l’espèce, le litige porte sur la question de savoir si la recourante a encore droit à une rente d’invalidité. 3. 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 art. 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 se définit 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). b) Selon l’art. 28 al. 2 LAI, l’assuré a droit à une rente d’invalidité s’il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d’invalidité, un degré d’invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d’invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d’invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d’invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

- 26 - L’art. 28 al. 1 LAI prévoit que l’assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d’au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l’art. 4 al. 1 LAI en relation avec l’art. 8 LPGA. On ne considère toutefois 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 devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l’existence d’une atteinte à la santé psychique suppose la présence d’un diagnostic émanant d’un expert (psychiatre) et s’appuyant lege artis sur les critères d’un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6). 4. Pour pouvoir fixer le degré d’invalidité, l’administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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. 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

- 27 - 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, 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 ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

- 28 -

E. 4

Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

E. 4.1

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? - Agoraphobie avec trouble panique (F40.01). Existant depuis 1993. - Dyskinésie orofaciale tardive modérée, présente depuis 2009 environ.

E. 4.2

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?

- 18 - - Luxation méniscale antérieure non réductible bilatérale avec arthrose débutante bilatérale de l'ATM. - Bruxisme, depuis 1995. - Status après avulsions dentaires complètes du maxillaire avec confection d'une prothèse en 2003, changée en 2009 ; avulsions dentaires partielles mandibulaire avec confection d'une prothèse partielle en 2009. - Obésité de classe I depuis 2010.

E. 5

L'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que, 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 en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b). 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. 5, 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

E. 6

a) En l'occurrence, la recourante bénéficie d'une rente d'invalidité entière depuis mai 1997, soit depuis plus de 18 ans au moment où la décision litigieuse a été rendue. Cette situation a été révisée à trois reprises et à chaque fois, le psychiatre traitant a fait part d'une amélioration de l'état de santé de la recourante, l'incapacité de travail restant toutefois totale. En automne 2005, le psychiatre traitant de la recourante a attesté d'une capacité de travail dans une activité d'employée de bureau ou adaptée de 50 % en relevant que la recourante ne présentait plus d'évitement phobique. C'est à la suite de ce constat que la formation de la recourante à l'Centre X. _____ a débuté puis que la décision du 7 mars 2011 réduisant la rente entière à une demi-rente a été

- 29 - prise, décision annulée pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. Cette expertise, bien structurée, aborde tous les points qui méritaient un éclaircissement sur le plan de la médecine interne, neurologique et psychiatrique. Elle précise notamment, pour chaque domaine, l'impact des atteintes de la recourante sur sa capacité de travail. Elle tient également compte de l'anamnèse et des plaintes de la recourante et contient des conclusions motivées, de sorte qu'elle remplit les réquisits de la jurisprudence pour lui conférer une pleine valeur probante. Les experts parviennent en particulier à la conclusion que sur le plan de la médecine interne, il n'y a aucune justification à une incapacité de travail. Sur le plan neurologique, les troubles maxillo-faciaux et la dystonie oro-faciale ne représentent pas une cause d'incapacité de travail si ce n'est dans une activité nécessitant un usage important de la parole ou une activité à forte composante représentative. Quant au plan psychiatrique, les experts ont posé le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique. Ils relatent une amélioration de cette pathologie depuis quelques années. Ils soulignent toutefois que ce trouble est à l'origine de nombreux évitements, la recourante s'angoissant rapidement – ce qui pouvait aboutir à des crises de panique – en dehors d'un cercle de sécurité et d'activités routinières. Les experts font le constat que la recourante a retrouvé un équilibre psychique plus ou moins satisfaisant mais qui reste précaire. Dans la discussion, les experts écrivent que la description des activités quotidiennes montre que la recourante reste active et libre de circuler dans son cercle de sécurité, c'est-à-dire dans les villages avoisinant le sien. Quand il s'est agi de déterminer la capacité de travail résiduelle de la recourante, les experts ont estimé que celle-ci était complète dans l'activité habituelle avec une diminution de rendement de 30 % en raison des crises de panique. A la question de savoir si d'autres

activités étaient possibles, les experts ont répondu par l'affirmative mais en évitant les activités nécessitant les

- 30 - contacts avec la clientèle et les déplacements hors zone dans laquelle la recourante se sent en sécurité, c'est-à-dire les villages avoisinant le sien. En définitive, même s'il résulte de l'ensemble de l'expertise que la recourante reste fragile dans toutes circonstances en dehors de son cercle de sécurité, il y a lieu de retenir, en suivant cette expertise qui a pleine valeur probante, que la recourante dispose d'une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 30 % dans toute activité dans sa zone de sécurité et sans contact avec de la clientèle. Cela ne signifie pas pour autant que le recours doit être rejeté.

b) En effet, la notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG,

- 31 - lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_984/2008 du 4 mai 2008 consid. 6.2; I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328) (TF 9C_659/2014). En l'occurrence, la recourante habite [...] et son cercle de sécurité est limité aux villages avoisinant. Dans ces conditions, on ne saurait considérer que des possibilités de travail réalistes existent pour la recourante. A cela s'ajoute le fait que sa dernière activité professionnelle concluante remonte à 1994 et que, hormis la formation Centre X. _____ achevée en 2009, la seule tentative de reprise d'une activité lucrative dans l'économie libre s'est soldée par un échec en raison de sa santé psychique fragile (ce que confirment par ailleurs les experts en p. 13 de leur rapport). La recourante accuse également un manque d'expérience et de pratique professionnelles puisque cela fait maintenant bientôt dix ans qu'elle a obtenu son diplôme d'aide-comptable. Les éléments précités conduisent au constat qu'une reprise d'activité semble totalement utopique compte tenu de la zone extrêmement restreinte dans laquelle elle peut espérer trouver une activité professionnelle sans contact avec de la clientèle. En définitive, il y a lieu d'admettre que l'état de santé de la recourante s'est certes amélioré mais pas au point que celle-ci puisse être capable de travailler sous l'angle du marché équilibré du travail.

E. 7

a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la recourante continuant à percevoir une rente d'invalidité entière. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de constatation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice. Le montant des frais est fixé en

- 32 - fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis 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 l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative] ; RSV 173.36.5.1).

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