

# **VD\_GERICHTE ZD16.019922 vom 10. Mai 2017**

VD Tribunal cantonal, 2017-05-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD16.019922](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.019922)

FR: VD\_GERICHTE ZD16.019922 du 10 mai 2017

IT: VD\_GERICHTE ZD16.019922 del 10 maggio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Sous réserve de dérogations expresses, 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'assurance-invalidité (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'assurance-invalidité (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). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

- 12 - b) En l'espèce, formé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA) et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

### **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 (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, le litige porte sur la suppression, par voie de révision, de la rente entière d'invalidité allouée à la recourante depuis avril 2006, singulièrement sur le point de savoir si sa situation médicale a subi une évolution notable susceptible de modifier son droit aux prestations.

### **E. 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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). 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 (al. 2). 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

- 13 - 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. 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 et ATF 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C\_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées). 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.

- 14 - Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6; TF 9C\_702/2013 du 16 décembre 2013, consid. 3.4.2 et 9C\_737/2012 du 19 mars 2013, consid. 2.3). 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 confidentiels 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/bb et cc; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4 et 9C\_649/2008 du 31 août 2009, consid. 2 ; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a). Cela étant, 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., avec la jurisprudence citée). c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation,

- 15 - sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références). d) En assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Mais le principe inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. également TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.1).

#### **E. 4**

En vertu de 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, augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut ainsi 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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a ; voir également TF I 367/04 du 14 février 2005 consid. 2). Le point de savoir si un tel changement s'est

- 16 - 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, ATF 125 V 368 consid. 2 et ATF 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 l'augmentation ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (cf. ATF 112 V 372 consid. 2b, TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1, TFA I 755/04 du 25

septembre 2006 consid. 5.1). 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 ; 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).

## E. 5

Il convient d'examiner si les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGa sont réalisées. Pour ce faire, il s'agit d'apprécier l'état de santé de la recourante, avec comme point de comparaison la décision sur opposition de l'OAI du 27 juin 2007, qui constitue la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents ainsi qu'une appréciation des preuves (cf. surpa consid. 4). a) Dans le cadre de la décision sur opposition du 27 juin 2007, l'OAI s'est rallié aux conclusions du rapport d'examen clinique bidisciplinaire du SMR du 10 février 2005, dans lequel les Drs Pfister et Vecerina ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de cervico-brachialgies gauches, de lombalgies

- 17 - communes et de migraine ophtalmique. La capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée était alors pratiquement nulle en raison de la sévérité de la pathologie psychiatrique, une capacité de travail occupationnelle de 30% maximum étant envisageable. La décision querellée du 21 mars 2016 est pour sa part fondée sur l'expertise pluridisciplinaire du 26 mars 2015 établie par le Centre \_\_\_\_\_. Les experts ne retiennent aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail, celle-ci étant pleine et entière dans l'activité habituelle. La valeur probante de cette expertise est contestée par la recourante, qui relève son caractère incomplet et partial. On ne voit toutefois en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées des spécialistes de la clinique Centre \_\_\_\_\_, le rapport d'expertise du 26 mars 2015 remplissant les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Le rapport de synthèse de l'expertise pluridisciplinaire repose en effet sur un exposé anamnestique personnel, professionnel et médical détaillé, un examen clinique et physique approfondi de la recourante sur le plan neurologique et locomoteur ainsi qu'un compte rendu complet des examens radiologiques réalisés. Il transcrit les plaintes subjectives de la recourante et comporte également un volet psychiatrique, portant essentiellement sur un examen clinique du syndrome douloureux somatoforme persistant et du trouble dépressif récurrent. Après avoir exposé les diagnostics qu'ils retiennent, tant sur le plan somatique que psychiatrique, et les limitations fonctionnelles qu'ils objectivent, les praticiens consultés expliquent de façon convaincante pourquoi ils arrivent à la conclusion que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. On rappellera dans ce contexte qu'en ce qui concerne la durée de l'expertise, le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF 9C\_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2), de sorte que le fait que les experts du Centre \_\_\_\_\_ n'aient vu la recourante qu'à deux occasions durant "quatre à cinq heures" selon les déclarations de

- 18 - l'intéressée, ne suffit pas à mettre en doute la valeur probante de leur expertise. b) La recourante a indiqué, dans le cadre de la procédure de révision de son droit à la rente, que son état s'était aggravé depuis deux ans. Sur le plan somatique, l'expertise n'a cependant pas

permis de confirmer l'aggravation alléguée. Au contraire, les experts, qui ont procédé à un examen clinique du rachis cervical, ont mis en évidence une mobilité respectée, sans contracture des muscles paravertébraux associée aux douleurs signalées par la recourante, l'examen neurologique étant par ailleurs normal. Au niveau lombaire, l'IRM réalisée en décembre 2014 a révélé la disparition des hernies discales décrites précédemment (hernie discale paramédiane droite en L4 à L5 et petite hernie à droite en L5 à S1). Les experts ont certes confirmé la présence d'une sténose des trous de conjugaison et constaté la présence d'une nouvelle dégénérescence discale protrusive en L4 à L5 et en L5 à S1, excluant toutefois toute corrélation avec les plaintes rapportées par la recourante, dans un contexte de surcharge notable et compte tenu d'une mobilité du rachis lombaire respectée. L'examen clinique des mains était normal, l'absence de lésion dégénérative (rhizarthrose) étant confirmée par la radiographie réalisée en décembre 2014. Enfin, s'agissant des céphalées rapportées par l'assurée, les experts ont considéré qu'elles ne remplissaient pas tous les critères diagnostiques d'une migraine, en l'absence de symptomatologies typiques rencontrées pour ce type de pathologie (nausées, vomissements, photophobie, phonophobie). Quoi qu'en dise la recourante, les experts ont largement appréhendé la problématique somatique. On relèvera en particulier que l'IRM de septembre 2011 dont elle se prévaut a été dûment prise en considération par les experts, lesquels ont également fondé leur appréciation sur l'IRM plus récente de 2014 pour constater la disparition de la hernie discale bilatérale au niveau C5 à C6, de même que celle située en C6 à C7. On constatera au demeurant qu'il n'est pas

- 19 - contradictoire de mentionner, comme l'ont fait les experts, les plaintes de la recourante quant à ses douleurs dorsales et les constatations de ceux-ci lors de l'examen clinique, qui n'ont pas permis d'expliquer lesdites douleurs. Par ailleurs, il est constant que le fait de devoir prendre des médicaments n'est pas suffisant pour admettre une incapacité de travail. On relèvera dans ce cadre que les experts ont dûment listé la médication de l'assurée et en ont tenu compte dans le cadre de leur appréciation de sa capacité de travail. On relèvera enfin qu'aucun indice au dossier ne permet de mettre en doute l'appréciation médicale qui précède. Il en résulte qu'au plan somatique, la recourante ne présente plus d'atteinte justifiant de retenir une incapacité de travail. c) Sur le plan psychiatrique, les experts ont notamment retenu le diagnostic d'éventuel trouble dépressif récurrent, ce diagnostic n'entraînant pas d'incapacité de travail. Ils ont fondé leurs constatations sur la base d'une analyse du dossier et l'examen clinique de la recourante, en prenant dûment en considération ses plaintes. Ils expliquent également bien en quoi consiste le diagnostic de trouble dépressif récurrent et quels sont les critères majeurs caractéristiques d'une telle pathologie. En l'occurrence, ces critères n'ont pas été retrouvés chez une expertisée souriante lors de l'examen, non larmoyante, qui aime voir ses petits- enfants et a envie de voyager. Les experts n'ont pas non plus objectivé chez la recourante une réduction de l'énergie ou une augmentation de la fatigabilité, compte tenu des activités qu'elle effectue quotidiennement (lecture dans différentes langues, achats, promenade au bord du lac, cuisiner le repas du soir, regarder la télévision et se coucher vers 2h du matin). Ils ont par ailleurs observé que les plaintes psychiques étaient peu nombreuses, la recourante ne présentant par ailleurs aucun signe majeur d'asthénie, ni signe d'altération cognitive et attentionnelle, alors qu'il existait des signes d'amélioration concernant l'aboulie et l'anhédonie. En définitive, les experts ont constaté que la symptomatologie dépressive de 2005 s'était très nettement amendée, l'amélioration globale pouvant s'expliquer par des facteurs indirects tels que l'obtention du statut de

- 20 - réfugiée en 2006 et un divorce en 2009, après un mariage difficile. Face à ce tableau clinique, les experts ont conclu de façon crédible et convaincante à l'absence d'une symptomatologie franche constatée, qu'elle soit dépressive ou anxieuse ou de tout autre registre.

## **E. 6**

Concernant plus spécifiquement le syndrome douloureux somatoforme persistant, les experts le qualifie "d'éventuel", et sans effet sur la capacité de travail, contrairement à ce qui avait été retenu par les médecins du SMR en 2005. Il s'agit dès lors de déterminer si les conclusions du rapport d'expertise du 26 mars 2015 permettent à la Cour de céans de se prononcer sur ce diagnostic, singulièrement sur ses répercussions sur la capacité de travail de la recourante. a) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C\_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). Dans un ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a pris acte des diverses critiques de sa précédente jurisprudence relative à l'appréciation du caractère raisonnablement exigible de la reprise du travail pour un assuré présentant un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. 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).

- 21 - 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 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. 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

- 22 - 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 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). 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

- 23 - complément d'expertise peut également s'avérer nécessaire selon les cas (consid. 8 de l'arrêt cité). b) Dans le cas d'espèce, on relèvera préalablement que le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux a été exclu par les experts à l'aune des anciens critères jurisprudentiels. L'expertise met néanmoins clairement en évidence les indicateurs qui permettent, selon la jurisprudence actuelle découlant de l'ATF 141 V 281, de constater une pleine capacité de travail. Les experts ont posé le diagnostic d'un "éventuel" syndrome douloureux somatoforme persistant (code ICD-10: 45.4), en status post. Selon eux, la recourante fait état de plaintes multiples et variables, touchant essentiellement le rachis et les membres supérieurs et inférieurs, mais également d'autres sphères, entre autres, digestives et cardio- vasculaires, ne s'expliquant pas par les lésions dégénératives du rachis cervical et lombaire, ainsi que la sténose du canal lombaire cervical constatées. Néanmoins, les experts ont souligné l'absence d'une atteinte psychique ou physique interférant significativement avec la faculté à surmonter les douleurs. Par ailleurs, ils ont questionné la crédibilité des plaintes exprimées par la recourante, en présence de signes massifs de

majoration des algies. A cet égard, ils ont mis en évidence de multiples signes de discordances à l'examen rhumatologique, auxquels se sont rajoutés un résultat de 5/5 signes de WADDEL, traduisant une majoration consciente des plaintes. Sur le plan thérapeutique, les experts ont noté que l'absence de demande de soins ou d'avis spécialisé primait depuis des années. Ils ont d'autre part souligné l'absence d'inquiétudes du psychothérapeute traitant au sujet de l'état de santé de l'intéressée, ce dernier n'ayant pas tenté de modifier son traitement et n'ayant pas jugé nécessaire d'essayer d'autres types d'approche. Les experts ont en outre relevé que la recourante ne bénéficiait que d'une médication antalgique très modeste et que par ailleurs, la perte d'intégration sociale n'était pas retrouvée, puisque l'assurée continuait à voir ses petits-enfants et ses enfants avec plaisir et sortait quotidiennement pour se promener.

- 24 - En définitive, les experts ont mis en évidence la présence d'éléments de discordance et de majoration massifs, dans un contexte où la recourante allègue d'intenses douleurs diffuses sans cependant requérir des soins spécifiques à l'état de santé décrit. Ces éléments répondent, pour les experts, aux critères d'exclusion à retenir un trouble somatoforme de quelque nature que ce soit. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans est d'avis que selon les nouveaux critères jurisprudentiels, l'appréciation du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux telle qu'effectuée par les experts ne prête pas le flanc à la critique. De surcroît, le dossier de la cause ne contient aucun avis contraire émanant d'un spécialiste en psychiatrie se prononçant sur cette question. En particulier, la seule attestation médicale du 6 avril 2016 des Drs W.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ produite par la recourante n'est pas de nature à remettre en cause l'appréciation des experts.

#### **E. 7**

Dès lors, la Cour de céans considère que la recourante dispose d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques et qu'elle ne présente en outre aucune atteinte psychiatrique ayant un effet sur sa capacité de travail. Les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA sont réalisées, l'état de santé de la recourante s'étant notablement modifié depuis la décision du 27 juin 2007, sans qu'il ne soit question ici d'une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel identique. Les mesures d'instruction complémentaires requises (examen médical sous la forme d'une IRM et production de rapports médicaux des Drs [...] et Q.\_\_\_\_\_) ne sont pas de nature à permettre de modifier ce constat. La recourante a pu préciser ses allégations par écrit et a été soumise de manière précise et probante à une expertise, qui reflète de manière convaincante et détaillée la situation médicale de l'intéressée. En tout état de cause, le juge peut mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des

- 25 - preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

#### **E. 8**

a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse. 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 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 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 mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). La recourante, au demeurant non assistée des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, n'obtenant pas gain de cause, elle ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

- 26 -

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