

# **VD\_GERICHTE ZD16.020457 vom 17. April 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-04-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD16.020457](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.020457)

FR: VD\_GERICHTE ZD16.020457 du 17 avril 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD16.020457 del 17 aprile 2018

## **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 (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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 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) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

### **E. 2**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le point de savoir si la recourante présentait depuis le mois de novembre 2014 une pleine capacité de travail dans son activité habituelle et si les conditions étaient réunies pour que l'office AI supprime à partir du 1er mars 2015 son droit à une rente d'invalidité.

### **E. 3**

a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 - 9 - santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Selon la jurisprudence, une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). c) En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 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 343 consid. 3.5 ; 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 ; 387 consid. 1b).

#### **E. 4**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, 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).

- 10 - b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

#### **E. 5**

Dans une série de griefs de nature formelle, la recourante remet en cause la valeur probante que l'office intimé a accordée au rapport d'expertise établi par le Dr D. \_\_\_\_\_ et à l'avis médical du 4 mars 2015 établi par le SMR. a) En premier lieu, la recourante considère que le Dr D. \_\_\_\_\_ ne présentait pas toutes les garanties nécessaires en matière d'indépendance et d'impartialité, puisqu'il avait été mandaté par son assurance perte de gains, assurance qui avait un intérêt à interrompre le versement des indemnités journalières. Hormis le titre et la qualité du mandataire du Dr D. \_\_\_\_\_, la recourante n'allègue toutefois aucun élément objectif apte à démontrer que cet expert aurait fait preuve d'une quelconque partialité dans la rédaction de son rapport ou, par son comportement, dans le cadre de l'examen. Au surplus, il y a lieu d'ajouter que le fait qu'un médecin indépendant se voit confier, même

- 11 - régulièrement, des mandats d'expertise par un assureur social ne constitue pas en soi un motif suffisant pour fonder un manque d'objectivité et d'indépendance (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 ; voir également TF I 885/06 du 20 juin 2007 consid. 5.1). b) En second lieu, la recourante reproche à l'avis médical du SMR du 4 mars 2015 d'être incomplet, dans

le sens qu'il n'opère nullement la synthèse des différents rapports médicaux produits au cours de la procédure, et de ne reposer sur aucune observation clinique directement opérée par un médecin du SMR. Selon la jurisprudence, un avis médical du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, il convient d'apprécier chaque élément de preuve à sa juste valeur et en fonction de sa force probante (cf. TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). c) En contestant la valeur probante du rapport d'expertise établi par le Dr D. \_\_\_\_\_ et de l'avis médical du 4 mars 2015 établi par le SMR, la recourante reproche en réalité à l'office intimé d'avoir procédé à une constatation manifestement arbitraire des preuves. Il s'agit-là de griefs qu'il convient d'examiner avec le fond du litige.

## **E. 6**

a) Sur le plan médical, il n'est pas contesté que la recourante souffre des complications d'une infection par un virus herpétique (herpès

- 12 - simplex de type 2), sous forme d'une inflammation radiculaire des territoires lombo-sacrés (polyradiculite herpétique ou syndrome d'Elsberg). b) Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si les douleurs résiduelles au niveau des membres inférieurs dont se plaint la recourante justifient de retenir une incapacité de travail au-delà du 6 novembre 2014. Il convient par conséquent d'examiner les pièces médicales versées au dossier. aa) Sur le plan neurologique, l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ n'est, comme le relève la recourante, pas exempte de contradictions. Tout en estimant qu'il ne pouvait être retenu d'incapacité de travail résiduelle, ce médecin a admis que la recourante présentait des douleurs résiduelles qui, selon leur intensité, « pourrai[en]t constituer un facteur incapacitant momentané, ou périodique, à contrôler par une optimisation du traitement antalgique » (expertise, p. 28). Il a également indiqué que « [l]a rémission significative des critères diagnostiques avec traitement devrait vraisemblablement être atteinte à plusieurs mois ou alors on observera une chronicisation définitive à l'état douloureux résiduel » (expertise, p. 27). Or, en présence d'un tel constat, l'on était en droit d'attendre de l'expert qu'il procède à une analyse plus circonstanciée de la fréquence et de l'intensité des douleurs et explique les raisons pour lesquelles il était d'avis qu'elles ne constituaient pas une gêne pour la recourante pour exercer son activité habituelle, singulièrement ne justifiaient pas de retenir une diminution de rendement à tout le moins. Eu égard à l'appréciation sommaire et péremptoire de la capacité de travail de la recourante (« En toute objectivité, il ne peut être retenu d'incapacité résiduelle »), le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ doit être écarté. S'agissant des autres pièces médicales postérieures au 4 novembre 2014 versées au dossier (rapports du Dr W. \_\_\_\_\_ des 29 janvier 2015 et 1er mars 2017 ; rapport d'U. \_\_\_\_\_ du 1er juin 2017), elles ne contiennent aucune appréciation circonstanciée de la capacité de travail, de sorte qu'elles ne permettent pas non plus de se prononcer en connaissance de cause. On

précisera à cet égard qu'il n'y a pas lieu de se fonder sur les certificats

- 13 - d'incapacité de travail produits à l'appui du recours. Selon la jurisprudence, un certificat d'incapacité de travail atteste que la personne assurée n'est pas en mesure de reprendre son activité habituelle, ou seulement de manière partielle ; il ne fournit en revanche aucune indication quant à la capacité résiduelle de travail de la personne assurée dans l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA), qui est seule décisive pour l'examen du droit à une rente d'invalidité (TF 9C\_394/2010 du 24 février 2011 consid. 3.4 et les références). bb) Sur le plan psychique, il n'y a pas lieu de suivre l'office intimé lorsque celui-ci soutient qu'aucune problématique psychique n'a été mise en évidence par les médecins qui ont vu la recourante. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a mis en exergue que le caractère particulièrement névralgiques des douleurs résiduelles et leur durée sur le long terme pouvaient avoir un effet déstabilisant au plan de l'équilibre affectif et psychique et indiqué que la mise en œuvre d'un soutien psychothérapeutique pourrait s'avérer nécessaire (expertise, p. 34). En parallèle, il ressort néanmoins du dossier que la recourante a été confrontée à plusieurs facteurs de stress psychosociaux (notamment son licenciement [rapport de la Dresse S.\_\_\_\_\_ du 2 mai 2016]) ainsi qu'à des conflits émotionnels (difficultés dans les interactions humaines [rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 1er mars 2017]). Or, la jurisprudence a souligné que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable

- 14 - au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a). c) Au vu du temps qui s'est écoulé entre la consultation de neurologie à la base de l'expertise (6 novembre 2014) et la date de la décision litigieuse (23 mars 2016), et compte tenu des éléments médicaux ressortant de l'expertise – aussi bien sur le plan neurologique que sur le plan psychiatrique –, l'office AI ne pouvait s'abstenir de compléter l'instruction en requérant des informations complémentaires sur l'évolution de la symptomatologie. En l'absence d'appréciation médicale exhaustive permettant de se prononcer en connaissance de cause, l'instruction doit être complétée afin que l'éventuel caractère invalidant de l'atteinte à la santé présentée par la recourante puisse être examiné. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise bidisciplinaire (neurologique et psychiatrique) répondant aux exigences de l'art. 44 LPGA.

## **E. 8**

a) Partant, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. 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

- 15 - litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. 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'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD). c) La recourante qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de les arrêter à 4'000 francs.

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