

# VD\_GERICHTE ZD18.000251 vom 7. August 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-08-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD18.000251](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.000251)

FR: VD\_GERICHTE ZD18.000251 du 7 août 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD18.000251 del 7 agosto 2018

## Erwägungen

### E. 4

a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est

- 17 - exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, 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 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). b) 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). Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné 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 introduit 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). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux 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

- 18 - 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). 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 différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit

- 19 - plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle 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 (consid. 4.4 de l'arrêt cité). 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). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues à l'ensemble des maladies psychiatriques (ATF 143 V 418 et 143 V 409).

## **E. 5**

En l'espèce, dans le cadre d'une procédure de révision d'office, l'OAI a retenu que la capacité de travail de la recourante était désormais totale et a de ce fait supprimé la demi-rente qui lui avait été allouée depuis novembre 2010 par décision du 4 avril 2012. Il convient ainsi d'examiner si le degré d'invalidité de l'assurée a subi une modification significative entre la décision précitée et la décision litigieuse du 14 novembre 2017. a) Pour rendre la décision du 4 avril 2012, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise des médecins de la H. \_\_\_\_\_, lesquels avaient posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et de trouble de la personnalité

- 20 - dépendante. Ils ont notamment retenu une capacité de travail de 50 % depuis le mois de février 2010. D'autres diagnostics, tels que la somatisation et les céphalées tensionnelles chroniques, n'avaient quant à eux pas d'effet sur la capacité de travail. b) Au cours de la procédure de révision initiée par l'OAI en 2014, l'intéressée a été examinée par le Dr B. \_\_\_\_\_ dans le cadre d'une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 1er juin 2017, le spécialiste a posé les diagnostics de dysthymie, d'épisode dépressif majeur récurrent en rémission, ainsi que de personnalité abandonnique avec immaturité. Selon lui, la capacité de travail de l'assurée était désormais entière. Cette expertise fait suite à un examen complet du dossier et a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. Avant de rédiger son rapport, le Dr B. \_\_\_\_\_ a demandé des informations supplémentaires au Dr P. \_\_\_\_\_, qu'il a prises en considération, tout comme les plaintes exprimées par l'assurée. Pour le surplus, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et détaillées. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a en particulier exposé qu'il ne retrouvait plus les critères cardinaux en faveur d'un épisode dépressif de gravité moyenne à sévère. Il a précisé qu'il n'y avait pas d'anhédonie, d'aboulie, d'apragmatisme ou de tendance au retrait social, et que l'assurée avait au contraire investi une vie sociale, exerçait une petite activité professionnelle, et avait pu se reprendre en main au niveau de sa surcharge pondérale puisqu'elle avait perdu vingt kilos. Relevant par ailleurs de légères variations de l'humeur, il a conclu à un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission et une évolution dysthymique. A cet égard, il sied de relever qu'en 2014 déjà, le psychiatre suivant la recourante à cette époque avait constaté une amélioration de l'état psychologique de sa patiente, laquelle ne présentait plus d'état dépressif (cf. rapport du 10 avril 2014 du Dr G. \_\_\_\_\_). Le Dr B. \_\_\_\_\_ a également exposé les raisons pour lesquelles il retenait une personnalité abandonnique avec immaturité. S'agissant des somatisations, il a expliqué qu'elles n'étaient plus véritablement au premier plan. Il a relevé que les tests psychométriques soulignaient une tendance très nette à la dramatisation ou à l'amplification, précisant que

- 21 - cela était fréquemment retrouvé chez une personnalité avec une composante d'immaturité qui avait une vision très excessive ou très auto-centrée de ses difficultés. Il a également analysé la personnalité de l'expertisée. De plus, il a décrit qu'elle disposait de nombreuses ressources, lui ayant permis de s'intégrer socialement tout en exerçant une activité lucrative. En conclusion, il a retenu une amélioration de l'état psychique, avec une capacité de travail désormais totale. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a ainsi expliqué les différents éléments l'ayant amené à ses conclusions, qui sont bien motivées. La recourante soutient que l'entretien avec l'expert n'aurait duré qu'une quinzaine de minutes et qu'une tierce personne, qui n'avait pas été présentée, y avait assisté. La durée de l'examen – qui n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical – ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, puisque son rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1 et les références citées). Le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_, comportant notamment une anamnèse et une discussion détaillées, démontre que l'expert s'est consacré de manière appropriée au cas de la recourante. Il ne recèle en outre aucune trace de partialité. Les arguments de l'assurée selon lesquels le Dr B. \_\_\_\_\_ aurait embelli sa situation reposent uniquement sur ses propres déclarations. Par ailleurs, la présence d'une tierce personne – en l'occurrence la psychologue R. \_\_\_\_\_, laquelle a collaboré à l'interprétation des tests psychométriques – ne permet pas de conclure à un déroulement irrégulier de l'expertise. Il en va de même pour les tests

psychométriques que la recourante a dû réaliser seule dans une pièce séparée avant et après l'entretien avec le Dr B. \_\_\_\_\_. En définitive, cette expertise remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions ont au demeurant été confirmées par le Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR, qui s'y est rallié (cf. avis médical du 26 juin 2017).

- 22 - Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions de l'expertise. En particulier, le Dr P. \_\_\_\_\_ et la psychologue Z. \_\_\_\_\_ n'ont pas fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions. Ils ont en particulier relevé une recrudescence de symptômes à la suite de l'annonce de l'OAI de supprimer la rente de l'assurée. Il s'agit typiquement d'un processus réactionnel, dont rien ne permet de considérer qu'il remet en cause sérieusement l'analyse à laquelle s'est livré le Dr B. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, tel que le relève le Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR, le risque d'incapacité totale de travail évoqué par le Dr P. \_\_\_\_\_ et la psychologue Z. \_\_\_\_\_ en lien avec la suppression de la demi-rente d'invalidité se fonde sur une spéculation. Enfin, les constatations émanant de ces derniers, suivant l'assurée depuis 2014, doivent être admises avec réserve (cf. consid. 3d supra). Le Dr X. \_\_\_\_\_ a quant à lui certes fait état d'une capacité de travail de 50 %, mais son rapport, daté du 14 avril 2014, a été établi plus de deux ans avant l'examen effectué par le Dr B. \_\_\_\_\_. Au demeurant, les diagnostics psychiatriques retenus par le médecin généraliste traitant ne sauraient remettre en cause ceux posés par un spécialiste en psychiatrie. Sur le plan psychiatrique, l'intimé a ainsi retenu à juste titre une capacité de travail désormais totale. c) La recourante lui reproche encore de ne pas avoir pris en compte ses atteintes somatiques, se fondant notamment sur les rapports du Dr N. \_\_\_\_\_. Toutefois, il y a lieu de rappeler que la demi-rente d'invalidité lui avait été octroyée uniquement pour ses atteintes psychiatriques. A l'époque, les spécialistes de la H. \_\_\_\_\_, en particulier le rhumatologue et le neurologue, avaient posé plusieurs diagnostics sur le plan somatique,

- 23 - lesquels n'avaient toutefois, selon ces médecins, aucune répercussion sur la capacité de travail. Les atteintes dont se prévaut actuellement la recourante ont pour l'essentiel déjà été décrites par les experts de la H. \_\_\_\_\_ (céphalées, douleurs cervico-dorso-lombaires, atteintes au genou, troubles du sommeil, etc.), sans qu'ils ne retiennent une incapacité de travail sur le plan somatique. En outre, l'acutisation des cervico-occipitalgies, attribuée par le Dr N. \_\_\_\_\_ à une névralgie d'Arnold (cf. rapport du 8 septembre 2017), avait, selon ce médecin, connu une évolution favorable à la suite de l'infiltration qu'il avait effectuée (cf. rapport du 20 décembre 2017). Par ailleurs, il notait qu'il persistait des cervicobrachialgies et des omalgies, ces dernières étant probablement imputables à une arthropathie acromio-claviculaire. S'agissant de cette atteinte, le Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR a expliqué que la recourante conservait quoi qu'il en soit une capacité de travail entière dans son ancienne activité auprès de M. \_\_\_\_\_ ou une activité identique, celle-ci respectant les limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule, comme l'absence de port de charges lourdes. Le Dr N. \_\_\_\_\_, quant à lui, après avoir retenu une capacité de travail de 50 % dans son premier rapport, a par la suite expressément renoncé à se déterminer sur cette question. En définitive, on ne saurait admettre que la recourante présente désormais des atteintes somatiques pouvant entraîner une incapacité de travail. d) Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à considérer que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans

son activité habituelle depuis la fin de l'année 2016. La situation de la recourante ayant connu une amélioration notable et durable, la suppression de la demi-rente d'invalidité à partir du 1er janvier 2018 était justifiée. Cette date correspond au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision litigieuse du 14 novembre 2017 (cf. art. 88a al. 1 et 88bis al. 2 let. a RAI ; consid. 3b supra).

#### **E. 6**

Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de mettre en œuvre l'expertise pluridisciplinaire requise par la recourante. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les

- 24 - considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 et 8C\_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

#### **E. 7**

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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