

## **VD\_GERICHTE ZD19.047590 vom 11. Juni 2020**

VD Tribunal cantonal, 2020-06-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD19.047590](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.047590)

FR: VD\_GERICHTE ZD19.047590 du 11 juin 2020

IT: VD\_GERICHTE ZD19.047590 del 11 giugno 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

a) 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). 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 objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose,

- 13 - en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. 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, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; 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 (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2). c) 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). 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

- 14 - 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 physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le 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 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

- 15 - Le fait qu'une expertise psychiatrique – ou tout autre rapport médical – n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C\_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

## **E. 6**

En substance, la recourante se prévaut de l'avis de sa psychiatre traitante lui reconnaissant une atteinte invalidante et estime que le SMR a retenu de manière arbitraire l'absence d'atteinte invalidante. Le rapport de synthèse établi par le SMR le 16 juillet 2019 ne repose certes pas sur des observations cliniques auxquelles le médecin aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Or cette analyse reprend tous les éléments pertinents du dossier et en fait un examen suffisamment circonstancié pour que sa valeur probante soit reconnue et ses conclusions suivies. a) En bref, le SMR a retenu d'abord que, selon le Dr U. \_\_\_\_\_, qui se chargeait du suivi de l'assurée lors du dépôt de la demande de prestations, il n'y avait pas d'atteinte invalidante au sens de l'assurance- invalidité. A cela s'ajoute que, lors du dépôt de la demande de prestations, en avril 2017, l'assurée venait de changer de médecin traitant (Dr P. \_\_\_\_\_) pour avoir un deuxième avis (Dr U. \_\_\_\_\_) ; lorsque ce second

- 16 - médecin n'a pas corroboré l'existence d'une atteinte invalidante, l'assurée a déclaré vouloir encore changer de médecin car elle ne se sentait pas écoutée (cf. rapport du 17 août 2017). Le rapport du bilan de compétences du 16 novembre 2017 indique encore que les analyses effectuées par le troisième médecin consulté (Dr F. \_\_\_\_\_) n'ayant révélé aucune pathologie chez l'assurée, ce nouveau médecin traitant a privilégié la piste d'une problématique de type psychosomatique. Ce n'est que lorsque la recourante a consulté la Dre C. \_\_\_\_\_ qu'elle a obtenu la reconnaissance d'une atteinte partiellement invalidante. Sur le plan somatique, on peut donc d'emblée exclure l'existence d'une atteinte invalidante. Dans son rapport du 16 juillet 2019, le Dr M. \_\_\_\_\_ a relevé que le bilan de compétences n'avait pas révélé de limitations fonctionnelles, celles invoquées par la recourante n'ayant pas été constatées pendant le stage. Si cette dernière a dit avoir ressenti des vertiges durant le stage, en particulier lorsqu'elle travaillait le matin, elle avait toutefois réussi à les gérer et à faire en sorte de dissimuler ses vertiges à ses collègues et à sa responsable. De même, tout en indiquant avoir ressenti beaucoup de fatigue, elle estimait toutefois qu'elle n'était pas plus fatiguée que d'habitude. A l'issue du stage de deux semaines à 50 % dans le domaine de la vente, l'employeur n'avait ainsi détecté aucun signe de fatigue ou de vertiges chez l'assurée. Il a relevé que la priorité était qu'elle puisse travailler la confiance en elle afin de pouvoir reprendre une activité de manière sereine, précisant qu'elle avait entrepris un suivi thérapeutique à cette fin. A l'instar de l'assurée, les responsables du stage ont finalement considéré qu'elle était pleinement en mesure d'exercer une activité dans le domaine de la vente alimentaire, par exemple dans un supermarché. b) Le SMR a ensuite procédé à l'examen des rapports médicaux de la Dre C. \_\_\_\_\_. Cette dernière a constaté que l'assurée souffrait d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22) ; en 2018 déjà, elle avait indiqué la possibilité d'une reprise à 70 %, puis à 100 % à moyen terme (cf. rapport du 3 mai 2018). Elle avait ajouté que le rendement était réduit de 30 % sans indiquer dans

- 17 - quelle mesure (heures par jour), avec quel profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap était possible. Elle avait fait état de limitations fonctionnelles sous la forme d'une anxiété, de fatigue et de douleurs physiques, sans toutefois les objectiver et préciser comment elles se manifestaient au travail. Dans l'annexe psychiatrique au rapport médical du 3 mai 2018, la Dre C. \_\_\_\_\_ a retenu que l'assurée présentait une irritabilité lors de périodes de migraine et qu'elle avait des difficultés dans la gestion des émotions en raison d'une hypersensibilité au stress. Elle avait également de la

difficulté à se déplacer lors de vertiges liés au stress de même qu'elle présentait une hypersensibilité au stress liée à sa difficulté à gérer ses émotions dans des situations stressantes avec impact sur sa tension et apparition de vertiges et de migraines notamment. En ce qui concernait les fonctions cognitives, la Dre C. \_\_\_\_\_ a noté que la capacité de concentration et d'attention de l'assurée était réduite en raison d'importants maux de tête ; sa capacité d'adaptation au changement était également limitée à cause du stress provenant de la pression que se mettait l'assurée dans des situations nouvelles (lors de stages professionnels par exemple). L'hypersensibilité au stress était par ailleurs susceptible d'affecter de manière fluctuante l'exercice d'activités en contact avec de la clientèle, exigeant de l'endurance et de la rapidité ou impliquant des tâches complexes. Quant à l'exercice d'une activité professionnelle, elle estimait nécessaire une reprise par étapes dans un environnement bienveillant avec peu de pression afin de limiter l'impact du stress. Des éléments décrits par la Dre C. \_\_\_\_\_, il convient de constater qu'il s'agit de l'expression des plaintes de la recourante de nature exclusivement subjective et que ces limitations fonctionnelles liées au stress ressenti par cette dernière ne sont pas objectivées (pas d'exemples d'actes que la recourante ne pourrait plus effectuer en raison de ces limitations fonctionnelles) ; il n'y a ainsi pas d'éléments concrets permettant de constater une incidence de l'atteinte sur la capacité de travail.

- 18 - Selon la Dre C. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 8 juillet 2019), l'évolution de l'état de santé de la recourante était favorable et il n'y avait pas de traitement psychotrope. Les limitations fonctionnelles constatées dans le rapport du 3 mai 2018 étaient rappelées (état d'épuisement associé à une anxiété permanente et à des plaintes somatiques) mais, au jour de son rapport, elle précisait simplement que la recourante souhaitait pouvoir reprendre une activité professionnelle et retrouver une certaine autonomie financière ; elle avait cependant besoin d'un accompagnement rassurant et structurant pour se lancer. Si la psychiatre traitante a relevé l'existence de stress et de situations émotionnelles susceptibles d'avoir une incidence au plan somatique (migraines, douleurs musculaires, fatigue, irritabilité) et de nature à affecter les domaines courants de la vie quotidienne, elle n'a toutefois donné aucun détail ; on constate en outre que lorsqu'elle décrit une journée-type, elle indique que la recourante s'occupe de ses enfants et de son ménage tout en gérant les rendez-vous de la famille. Il ne paraît donc pas y avoir de limitations fonctionnelles incapacitantes entravant l'assurée dans l'accomplissement de ses tâches de la vie quotidienne. La Dre C. \_\_\_\_\_ a par ailleurs relevé que l'assurée disposait de ressources pour gérer ses émotions avec une capacité à mobiliser son énergie pour de nouveaux projets ; elle avait ainsi entrepris des démarches en vue de l'obtention de son permis de conduire et pouvait en outre s'appuyer sur son désir de pouvoir reprendre une activité en comptant sur le soutien de son époux et ses compétences de compréhension et de communication. Elle a d'ailleurs noté qu'une reprise du travail était possible dès le jour du rapport à condition qu'elle s'effectue de manière progressive. Dans l'ensemble, les avis médicaux de la Dre C. \_\_\_\_\_ n'emportent pas la conviction ; la psychiatre traitante a certes posé un diagnostic précis tiré d'une classification reconnue, mais sur la base d'un status psychiatrique décrit sommairement et dont il ne ressort pas qu'il soit propre à occasionner des limitations fonctionnelles, décrites sans portée concrète. Les rapports médicaux de la psychiatre traitante sont en outre contredits par l'autre avis médical au dossier, certes qui n'émane pas d'un psychiatre mais d'un médecin traitant généraliste (Dr U. \_\_\_\_\_)

- 19 - qui n'a émis aucune réserve à son appréciation, en particulier n'a fait aucune allusion à la présence d'un trouble psychique qu'il n'aurait certainement pas manqué de déceler si ledit trouble était grave au point de rendre l'intéressée durablement invalide. L'avis de la psychiatre traitante sur l'existence de limitations fonctionnelles était également contredit par les constatations concrètes faites lors du stage et du bilan de compétences. De plus, ses propres rapports sont imprécis, notamment dans l'appréciation de la capacité de travail qui est peu étayée et souffre d'un manque de cohérence lorsqu'elle indique d'une part, en 2018, que la recourante pouvait travailler à 70 %, puis à 100 % à moyen terme, et, d'autre part, lorsqu'elle constate, en 2019, une évolution favorable mais en indiquant qu'une reprise du travail est envisageable à temps partiel (sans davantage de détails) puis à plus long terme à 100 %. De manière globale, rien dans ses rapports ne conduit à penser que la recourante est atteinte d'un trouble suffisamment grave pour avoir une répercussion sur sa capacité de travail. c) Cela étant, dans son évaluation du 16 juillet 2019, le SMR a fait état, au titre des facteurs limitant la capacité de travail, d'éléments étrangers à l'invalidité relevant du contexte psycho-social difficile de l'assurée. On constate dans ce contexte que la demande importante de soutien de ses parents et la prise en charge de ses enfants ont été mentionnés respectivement par la Dre C. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 8 juillet 2019) et par le Dr U. \_\_\_\_\_, médecin traitant (cf. bilan de compétences du 16 novembre 2017) comme limitations à la reprise d'une activité professionnelle à plein temps par la recourante. d) Compte tenu de l'ensemble de ces circonstances, le SMR a nié le caractère durablement invalidant de l'atteinte. L'appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_ repose sur l'ensemble des éléments au dossier, y compris les rapports médicaux de la psychiatre traitante qui ne décrivent pas un grave trouble ayant une incidence sur la capacité de travail et qui confirment que la recourante a des ressources pour faire face aux difficultés, lesquelles ne sont pas toutes d'origine malade. Les conclusions du SMR sont claires et convaincantes, bien que motivées succinctement, et ne

- 20 - sont pas valablement mises en doute par les autres praticiens. Elles ont ainsi pleine valeur probante, même si elles ne reposent pas sur des examens cliniques effectués personnellement par le Dr M. \_\_\_\_\_. Le résultat auquel est parvenue l'administration intimée ne saurait dès lors être qualifié d'arbitraire.

#### **E. 7**

a) La recourante fait grief à l'office intimé d'avoir violé son obligation d'instruction. Elle soutient qu'il ne pouvait nier la nécessité de réaliser une expertise externe à l'assurance, en se fondant sur la seule appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_ tandis que sa psychiatre traitante avait abouti à des conclusions divergentes. b) Cette argumentation n'est pas fondée. Selon la jurisprudence, une expertise devrait certes être ordonnée si subsistent des doutes, même faibles, quant à la fiabilité ou la pertinence de constatations effectuées par le SMR (à cet égard, voir ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4.4). Ces doutes ne sauraient toutefois découler de la seule existence de rapports médicaux contradictoires, contrairement à ce que laisse entendre l'assurée. Ils doivent au contraire ressortir de l'appréciation des preuves (cf. TF 9C\_720/2018 du 1er février 2019 consid. 4.2). Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence. En effet, comme on l'a vu plus haut, le résultat de l'administration des preuves montre que la recourante ne présente pas d'atteinte invalidante au sens de la LAI. Aucun doute ne subsiste à ce propos. On ne peut donc reprocher à l'autorité administrative d'avoir violé son devoir d'instruction en n'ordonnant pas une expertise.

#### **E. 8**

En définitive, l'intimé était fondé à retenir que l'assurée ne présentait pas de pathologie entraînant une limitation de sa capacité de travail au sens de la loi sur l'assurance-invalidité.

#### **E. 9**

Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

#### **E. 10**

a) 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

- 21 - prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA- VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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