

# VD\_GERICHTE ZD22.046345 vom 14. September 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-09-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD22.046345](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.046345)

FR: VD\_GERICHTE ZD22.046345 du 14 septembre 2023

IT: VD\_GERICHTE ZD22.046345 del 14 settembre 2023

## Erwägungen

### E. 4

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de

- 12 - 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. b) L'assuré a droit à une rente si 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, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

### E. 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 (inévitabile) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée 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).

## **E. 5**

a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement

- 13 - 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). d) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue

- 14 - (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport

médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). e) aa) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). bb) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). cc) 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 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 la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée 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

- 15 - mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid.

## **E. 6**

Dans le cas d'espèce, l'intimé a fondé son refus de prestations sur l'avis des experts du Centre C.\_\_\_\_\_ du 11 novembre 2021 et le complément de l'expert psychiatre du 29 décembre 2021. Dans le cadre de leur analyse, ces experts ont retenu que la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle était de 100 % jusqu'en septembre 2020, puis de 50 %. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail avait toujours été entière.

- 16 - De son côté, la recourante a contesté que le rapport d'expertise puisse se voir reconnaître une valeur probante. D'une part, elle a fait valoir que l'expert psychiatre, puis le SMR, s'étaient fondés sur l'ancienne jurisprudence selon laquelle des efforts raisonnables pouvaient être attendus de sa part pour surmonter sa douleur sans examiner les indicateurs dégagés par la jurisprudence et, d'autre part, elle a argué du fait que l'expertise psychiatrique n'était pas suffisamment motivée quant à la question de la capacité de travail. Elle a également reproché aux experts de n'avoir retenu aucune limitation ou baisse de rendement par rapport au trouble somatoforme douloureux, ce qui serait dès lors incohérent avec le fait de retenir ce trouble comme étant invalidant. Selon elle, une incapacité de travail d'au moins 70 % devait être retenue. a) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 11 novembre 2021 et son complément du 29 décembre 2021 satisfont aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur de tels documents. En effet, les experts ont tous individuellement rencontré la recourante et rédigé un rapport détaillé, puis confronté leurs conclusions au cours d'une conférence de consensus du 8 octobre 2021 en présence de tous les experts qui a fait l'objet d'un rapport de synthèse dans lequel ils ont consensuellement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. Les experts ont fondé leur appréciation sur le dossier médical de la recourante, lequel a été

intégralement examiné et complété par des analyses sanguines, dont ils ont joint les résultats à leur rapport. Chaque expertise spécialisée reprend la même structure et contient en premier lieu une anamnèse étendue établie par l'expert sur la base de son entretien avec la recourante qu'ils ont notamment interrogée sur ses traitements, habitudes de vie et déroulement d'une journée habituelle (ch. 3). Ils ont ensuite protocolé les constatations faites à l'occasion de leur examen respectif (ch. 4) et posé leurs diagnostics (ch. 6). Ils ont donné leur évaluation de la situation médicale et médicale-assurantielle, incluant une évaluation de la cohérence et de la plausibilité, ainsi qu'une appréciation des capacités, des ressources et des difficultés de la recourante (ch. 7) avant de

- 17 - répondre aux questions du mandant (ch. 8). On relèvera encore ici que les experts ont retenu un statut d'active à 100 %, suivi par l'intimé, qui peut en l'espèce être validé dès lors que la recourante elle-même a indiqué qu'à défaut d'atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % (cf. formule de détermination de statut du 15 octobre 2019), ce qui est par ailleurs confirmé par son ancien employeur (cf. questionnaire du 17 octobre 2019). b) Sur le plan somatique, l'expert de médecine interne a posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'intolérance au gluten (T78.1), de myopie (H52.1) et de colopathie fonctionnelle (K63.9). Quant à l'expert rhumatologue, il a retenu les diagnostics de douleurs diffuses avec asthénie et troubles de concentration dont l'origine n'était pas rhumatologique et d'hyperlaxité articulaire, toujours sans incidence sur la capacité de travail. Pour ces deux experts, la capacité de travail de la recourante était dès lors de 100 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Cette appréciation n'est pas mise en doute par les autres éléments du dossier, ni par la recourante d'ailleurs qui n'a fait valoir aucun moyen à l'encontre du volet somatique de l'expertise du 11 novembre 2021. On relèvera encore que si les Drs Z. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ avaient d'abord évoqué une maladie de Lyme (cf. certificat du 24 avril 2017, rapports des 24 juillet, fin août et 23 novembre 2017, 12 janvier et 14 juin 2018, 6 mai, 10 juin et 10 septembre 2019), celle-ci a été écartée par le Dr J. \_\_\_\_\_ en raison d'une sérologie négative (cf. rapport du 17 février 2020). Quant à une possible maladie d'Ehlers-Danlos évoquée par le Dr Z. \_\_\_\_\_ dans ses rapports des 10 septembre 2019 et 17 juin 2020, ce médecin a lui-même exposé que ce syndrome n'expliquait pas toutes les plaintes de la recourante (cf. rapport du 19 mars 2021). De plus, cette maladie a été écartée par l'expert W. \_\_\_\_\_ dès lors que, s'il existait incontestablement une hyperlaxité articulaire, on ne retrouvait aucun signe cutané, ni aucun antécédent familial, ni personnel de troubles proprioceptifs à type d'entorse à répétition, éléments fondamentaux pour

- 18 - poser un tel diagnostic (cf. page 13 du rapport d'expertise du

## **E. 11**

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

- 29 - b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).