

# **VD\_GERICHTE ZD22.048342 vom 14. November 2023**

VD Tribunal cantonal, 2023-11-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD22.048342](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.048342)

FR: VD\_GERICHTE ZD22.048342 du 14 novembre 2023

IT: VD\_GERICHTE ZD22.048342 del 14 novembre 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Status après un épisode de TVP du MID en octobre 1993 (suspicion d'embolie pulmonaire non confirmée en 1993 par un examen objectif, multiples suspicions de récurrence de TVP non confirmées).

### **E. 2**

Légère insuffisance veineuse chronique des MI secondaire à la maladie variqueuse et à l'épisode unique de TVP à droite.

### **E. 3**

Suspicion d'un léger déficit en anti-thrombine III.

### **E. 4**

Status après hémorragie sur ovaire kystique sous anticoagulation.

### **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

- 15 - 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 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). 6. a) En l'occurrence, par décision sur opposition du 27 octobre 2005, l'intimé avait alloué à U. \_\_\_\_\_ une demi-rente d'invalidité à compter du 1er mars 2001. A cette époque, la recourante s'était vue reconnaître, en raison d'un status variqueux évolué aux membres inférieurs, une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée pour lui permettre des périodes de repos et d'allongement. Sur le plan psychiatrique, les médecins examinateurs du SMR avaient estimé que la recourante

présentait une capacité de travail exigible de 100 % dans un milieu professionnel cadrant et rassurant (rapport d'examen clinique SMR du 5 février 2004, p. 5). L'intimé avait comparé un revenu sans invalidité de 47'720 fr. sur la base des renseignements recueillis auprès du dernier employeur (cf. fiche d'entretien téléphonique du 9 août 2004) avec un revenu d'invalidité de 20'904 fr., lequel était fondé sur des descriptions de poste de travail et tenait compte d'une incapacité de travail de 50 %, pour aboutir à un degré d'invalidité de 56 %. b) Au terme de la procédure de révision initiée d'office à la fin de l'année 2006, l'intimé avait retenu, en se fondant pour l'essentiel sur le volet somatique de l'examen réalisé au SMR (cf. rapport du

## E. 5

Status après plastie du cotyle à droite pour une luxation congénitale. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a estimé que l'assurée présentait une capacité de travail totale dans son activité habituelle. Par décision du 23 novembre 1998, l'office AI refusé d'octroyer des prestations à l'assurée, motifs pris qu'elle ne présentait pas d'atteinte invalidante à la santé ni d'incapacité de travail dans son activité habituelle. B. Le 3 mars 2001, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de douleurs lombaires

- 3 - (canal lombaire étroit) et d'arthrose des hanches à l'origine d'une incapacité de travail depuis le 31 mars 2000. L'office AI a notamment procédé à un examen clinique au SMR. Dans un rapport du 5 février 2004, la Dre C. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, la Dre F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dre H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, ont posé les diagnostics de status après butée ostéoplastique pour dysplasie sévère de la hanche droite, de troubles statiques et dégénératifs rachidiens modérés, d'insuffisance veineuse des membres inférieurs, d'obésité (BMI : 35) et d'autres troubles anxieux mixtes, en rémission (F41.3), à l'origine d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis l'an 2000. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (« éviter les longs déplacements, favoriser une activité sédentaire en position assise, qui, vu le status variqueux des MI, ne pourrait être exigible à plus de la mi-journée. Limitation de la position debout ou assise prolongée »), l'assurée présentait une capacité de travail résiduelle de 50 %. Par décision du 7 janvier 2005, confirmée sur opposition le 27 octobre 2005, l'office AI a octroyé à l'assurée une demi rente d'invalidité à compter du 1er mars 2001, sur la base d'un degré d'invalidité de 56 %. C. Dans le cadre d'une procédure de révision ouverte à la fin de l'année 2006, l'office AI a mis en œuvre un nouvel examen clinique au SMR, confié à la Dre F. \_\_\_\_\_ et au Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans leur rapport du 12 novembre 2007, ces médecins ont retenu les diagnostics – avec répercussion sur la capacité de travail – de coxarthrose secondaire débutante à droite sur dysplasie sévère, de status post butée ostéoplastique, de cervico-dorso-lombalgies avec pseudo-sciatalgies à gauche sur troubles dégénératifs sans déficit neurologique, d'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs, de status post thrombose veineuse profonde et de probable embolie pulmonaire. La Dre F. \_\_\_\_\_ et

- 4 - le Dr G. \_\_\_\_\_ ont également retenu les diagnostics – sans répercussion sur la capacité de travail – de douleurs abdominales chroniques sur syndrome adhérentiel, de probable syndrome de congestion pelvienne, de diverticulose chronique, d'utérus myomateux, de status post ulcère gastrique avec anémie sur spoliation digestive, de migraines et céphalées chroniques, de tabagisme chronique, d'autre trouble anxieux mixte d'intensité légère (F41.3), d'autre évènement difficile ayant une incidence sur la famille et

le foyer (Z63.7) et d'agoraphobie avec trouble panique, en rémission (F40.0). Les experts ont conclu que l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« activité sédentaire ou semi-sédentaire dans laquelle elle puisse alterner à sa guise la position debout et assise. Doit éviter les travaux en position en avant ou en porte-à-faux. Elle doit éviter le port de charges supérieures à 15 kg. Elle doit éviter la station debout prolongée. »). A la suite de l'opposition de l'assurée à un projet de décision du 29 avril 2008 niant l'existence de circonstances justifiant une modification du droit à la rente, l'office AI a mis en œuvre une expertise psychiatrique confiée au Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 26 octobre 2009, le Dr J. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble phobie sociale (F40.1), de trouble panique avec agoraphobie (F40.01), de trouble dysthymique (F34.1) et de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen) (F33.2). Le Dr J. \_\_\_\_\_ a conclu à une aggravation de l'état de santé psychique dès le 1er janvier 2008, date à partir de laquelle l'assurée ne présentait plus qu'une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Par décision du 21 juin 2010, l'office AI a octroyé à l'assurée trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1er mars 2008, sur la base d'un degré d'invalidité de 63 %.

- 5 - D. Au mois de novembre 2013, l'office AI a entamé une procédure de révision du droit à la rente d'invalidité d'U. \_\_\_\_\_, laquelle avait annoncé une péjoration de son état de santé. Par décision du 22 avril 2014, l'office AI a refusé de modifier le droit à la rente de l'assurée, motif pris que la péjoration annoncée de son état de santé n'avait pas d'incidence sur sa capacité de travail. E. L'office AI a entamé une procédure de révision d'office du droit à la rente de l'assurée au mois de septembre 2019. Dans ce contexte, U. \_\_\_\_\_ a annoncé une nouvelle péjoration de son état de santé. Par projet de décision du 25 novembre 2019, l'office AI a indiqué à l'assurée qu'il entendait ne pas entrer en matière sur la demande de révision, au motif que l'assurée n'avait pas établi l'existence d'une modification notable de sa situation. Par courrier du 2 décembre 2019, l'assurée a contesté le point de vue de l'office AI, se prévalant d'un rapport du 15 novembre 2019 de la Dre B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Entrant désormais en matière sur la demande de révision (cf. avis SMR du 30 juillet 2020 du Dr K. \_\_\_\_\_), l'office AI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins consultés par l'assurée (rapports du 15 novembre 2019 de la Dre B. \_\_\_\_\_ ; rapport du

## **E. 7**

décembre 2020 du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ; rapports des 2 septembre 2019 et 4 juin 2021 du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ; rapport du 22 septembre 2020 de la Dre N. \_\_\_\_\_ des urgences du P. \_\_\_\_\_). Il ressortait de la documentation recueillie que l'assurée souffrait, du point de vue somatique, d'un status post prothèse totale de hanche droite le 2 décembre 2015, d'une exacerbation des coxalgies en 2019 en raison d'une tendinopathie du psoas droit avec bursite dans le contexte post-chirurgical, de lombalgies chroniques et lombosciatalgies sur troubles statiques et dégénératifs (discopathie et

- 6 - hypertrophie facettaire L4-L5) et canal lombaire étroit (congénital et acquis) avec status après plusieurs traitement par infiltrations, de cervicobrachialgies non déficitaires avec sténose foraminale C3-C4 gauche, de tendinopathies du sus-épineux droite et gauche et de capsulites rétractiles des deux épaules plus prononcée à gauche qu'à droite ; la Dre B. \_\_\_\_\_ retenait une incapacité de travail totale dans toutes activités depuis de

nombreuses années (cf. rapport du 15 novembre 2019). Sur le plan psychiatrique, le Dr L.\_\_\_\_\_ retenait les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent sévère (F33.2) et de trouble panique avec agoraphobie (F41.0) ; il attestait d'une incapacité de travail totale dans toutes activités depuis au minimum le début de sa consultation en 2014. Sur la base des renseignements réunis, l'office AI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie confiée à E.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 23 février 2022, la Dre E.M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, le Dr E.P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr E.R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ont retenu les diagnostics – avec répercussion sur la capacité de travail – de status post prothèse totale de hanche droite, de douleurs lombaires et de tendinopathie de la hanche droite et de l'épaule gauche. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle d'aide de laboratoire en boulangerie, les experts ont estimé qu'elle demeurerait nulle. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de travaux les bras au-dessus de l'horizontale ; alternance des différentes positions assise et debout ; pas de marche sur des terrains accidentés ; éviter de surcharger le rachis dans sa totalité ; éviter de monter et descendre les échelles et les échafaudages) les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 80 % (compte tenu d'une baisse de rendement de 20 %), motivant leur appréciation consensuelle de l'évolution en ces termes (p. 10) :

- 7 - • Rétrospectif Du point de vue psychiatrique, cette capacité de travail a, selon toute vraisemblance, été de 40 % en 2009. Il est difficile d'en évaluer l'évolution depuis 2009, en l'absence de rapports médicaux réguliers ou d'évaluations spécialisées ou d'enquêtes ménagères et l'anamnèse ne retrouve aucun événement significatif depuis l'expertise de 2009, en dehors d'une consultation en urgence en 2020 après l'annonce de la révision de rente par l'AI. Elle n'a, selon ses dires, repris un suivi psychiatrique qu'il y a 4 ou 6 ans. La 1ère trace de ce suivi remonte à 2017 quand le psychiatre a établi un certificat pour qu'elle puisse avoir un appartement avec une terrasse de plain-pied. La personne assurée a fait face aux différentes tâches élémentaires de la vie quotidienne avant que son mari ne tombe malade, alors qu'il travaillait à 100 %. Elle exprime sa fierté d'avoir élevé ses filles et d'avoir fait ce qu'il fallait pour qu'elles fassent toutes des études. Il est donc vraisemblable que cette capacité de travail se soit améliorée de manière progressive pour être entière. Selon toute vraisemblance, la capacité de travail est donc de 100 % depuis au moins 2 ou 3 ans. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 80 % depuis septembre 2019. Avant cette date, la capacité de travail a toujours été de 100 %. Du point de vue de la médecine interne, depuis la dernière décision de l'AI du 21.06.2010, la capacité de travail du point de vue de la médecine interne a toujours été de 100 % sauf pendant les hospitalisations pour ovariectomie gauche en 2013 et turbinoplastie en 2014 pour une durée de tout au plus 4 semaines, où la capacité de travail a été à 0 %.

• Actuel Du point de vue interdisciplinaire : 80 % (performance réduite de 20 % en raison de l'atteinte multiple). L'office AI a soumis le rapport d'expertise à la Dre O.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, laquelle a demandé un complément d'expertise dans un avis du 31 mars 2022. Les experts ont répondu au questionnaire du SMR le 27 juin 2022, maintenant leurs conclusions. Le SMR a repris les conclusions de l'expertise dans son avis du 4 août 2022. Par projet de décision du 12 août 2022, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait supprimer son droit à une rente d'invalidité.

- 8 - Par acte du 15 septembre 2022, l'assurée, par l'intermédiaire de Procap, a contesté l'évaluation médicale et économique de son cas. Elle a joint à ses observations un rapport du 26 août 2022 de la Dre B. \_\_\_\_\_, laquelle a confirmé le tableau clinique posé au mois de novembre 2019 et constaté que la situation était stable, l'assurée demeurant inapte à une quelconque activité professionnelle. Dans un avis SMR du 10 octobre 2022, la Dre O. \_\_\_\_\_ a considéré que le rapport du 26 août 2022 de la Dre B. \_\_\_\_\_ n'était pas de nature à remettre en question le bien-fondé des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire réalisée au E. \_\_\_\_\_. Par décision du 26 octobre 2022, l'office AI a supprimé le droit à la rente d'invalidité de l'assurée avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. En raison d'une amélioration de son état de santé, il a considéré que l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée depuis le mois de novembre 2019. Le degré d'invalidité s'élevait à 16 % et n'ouvrait plus le droit à la rente. F. a) Par acte du 28 novembre 2022, U. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 26 octobre 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation de la décision attaquée. En substance, elle a contesté l'amélioration de son état de santé, lequel s'était au contraire détérioré. b) Par réponse du 12 janvier 2023, l'office AI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il s'est référé aux avis du SMR des 25 juin 2021, 31 mars et 10 octobre 2022. c) Répliquant le 28 juillet 2023, U. \_\_\_\_\_, désormais représentée par PROCAP Suisse, a complété son recours du 28 novembre 2022, concluant principalement à l'annulation de la décision du 26 octobre 2022, subsidiairement à l'octroi d'une rente entière et très subsidiairement au renvoi du dossier à l'office intimé pour instruction

- 9 - complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a produit un rapport du 24 juillet 2023 du Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble cognitif léger (F06.7), de trouble dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), d'agoraphobie avec trouble de panique (F40.01), de neurasthénie (F48.0), de facteurs psychologiques influençant une affection physique (F54 et M35.7, M54.5, M25.55 ; cervicobrachialgies, lombosciatalgies, douleurs articulaires de la hanche bilatérales) et d'autres modifications durables de la personnalité (F62.8) dont les répercussions sur la capacité de travail et la vie quotidienne n'avaient pas évolué favorablement depuis 2009. Le 2 août 2023, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a communiqué la réplique et le rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ à l'office AI. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si l'état de

- 10 - santé de la recourante s'est amélioré - de manière à influencer son droit à la rente - entre le 21 juin 2010, date de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen

matériel du droit à la rente, et le 26 octobre 2022, date à laquelle l'office intimé a supprimé le droit à la rente. 3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Dans les cas où la décision concernant la révision d'une rente est rendue après le 1er janvier 2022, mais porte sur une modification déterminante du droit qui a pris naissance avant cette date – ce qui est le cas en l'espèce –, c'est l'ancien droit qui est applicable (cf. ch 9102 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1er janvier 2022). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. 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 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.

- 11 - 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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). c) Aux termes 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, 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, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important des circonstances économiques motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau ex nunc et pro futuro sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 145 V 141 consid. 5.4 ; 141 V 9 consid. 2.3 ; TF 9C\_571/2021 du 3 janvier 2022 consid. 2.2). La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé (ex. TF 9C\_571/2021 du 3

janvier 2022 consid. 4), 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 (ex. TF 9C\_821/2018 du 4 février 2019 consid. 4.3).

- 12 - 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. Le point de savoir si un tel changement s'est 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, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; TF 9C\_821/2018 du 4 février 2019 consid. 4.3). Selon l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. La diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI). 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

- 13 - 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 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) 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).

- 14 - 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 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. 12**

novembre 2007) et sur le rapport d'expertise psychiatrique du 26 octobre 2009 du Dr J.\_\_\_\_\_, que la recourante bénéficiait d'une capacité de travail résiduelle de 40 % dès le 1er janvier 2008 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques énoncées par le

- 16 - Dr G.\_\_\_\_\_ (« activité sédentaire ou semi-sédentaire dans laquelle elle puisse alterner à sa guise la position debout et assise. Doit éviter les travaux en position en avant ou en porte-à-faux. Elle doit éviter le port de charges supérieures à 15 kg. Elle doit éviter la station debout prolongée. »). Le Dr J.\_\_\_\_\_ admettait une diminution de la capacité de travail de 60 % en raison du trouble anxieux (trouble panique et phobie sociale) et de l'épisode dépressif, lequel se trouvait alors à la limite supérieure du degré moyen, ce dernier s'étant péjoré en lien avec les troubles du comportement de la fille cadette de la recourante qui avait dû être placée en institution et le sentiment de culpabilité qui s'en était développé. Il en avait résulté une tristesse, une perte d'énergie, une perte d'intérêt et de plaisir, des troubles du sommeil, une diminution de l'estime de soi et des manœuvres d'évitement des situations anxieuses. Sur cette base, l'intimé avait repris son calcul (actualisation des revenus du

#### **E. 15**

kg et la station debout prolongée. Sans se prononcer sur l'évolution des troubles veineux, le Dr G.\_\_\_\_\_ avait admis que les troubles dégénératifs tant de la colonne que de la hanche droite avaient pu augmenter depuis le rapport du 5 février 2004 du SMR, concluant cependant à une stabilité des limitations fonctionnelles ostéo-articulaires. Dans le cadre du complément d'expertise du 27 juin 2022, le Dr E.R.\_\_\_\_\_ a précisé, après avoir demandé des radiographies complémentaires, l'évolution des atteintes à la santé dans sa spécialité de la manière suivante : Du point de vue rhumatologique, concernant la hanche droite, il existait en 2003 un status après butée ostéoplasique pour dysplasie

- 20 - sévère de la hanche droite, traitée en 2015 par la pose d'une prothèse totale de la hanche droite. L'évolution suite à cette intervention a été objectivement bonne selon les imageries, mais subjectivement les douleurs ont persisté par la suite. En septembre 2019, une tendinopathie de la hanche droite a été diagnostiquée. Concernant les troubles rachidiens, ils sont restés identiques mais ont évolués de façon dégénérative en fonction de l'âge. De plus, une tendinopathie de l'épaule gauche a été diagnostiquée en 2012. (...) Du point de vue rhumatologique, la mise en place de la PTH droite n'a pas amélioré la capacité de travail dans une activité adaptée, celle-ci étant restée de 100% jusqu'en 2019. Dans son rapport de mars 2016 concernant une consultation de suivi à 3 mois de la pose de cette prothèse, le Dr [...] décrit une situation qui va beaucoup mieux, avec quelques douleurs résiduelles en région trochantérienne et glutéale. (...) Sur le plan strictement rhumatologique, concernant les atteintes de la hanche droite et les lombalgies retenues en 2003, la capacité de travail dans une activité adaptée a selon toute vraisemblance été de 100% depuis 2003 jusqu'en septembre 2019. Cette date correspond au diagnostic de tendinopathie de la hanche droite. Cette nouvelle affection de la hanche venant s'ajouter aux autres diagnostics impliquant des limitations fonctionnelles, il est retenu une réduction du rendement de 20%. Bien motivées, les conclusions du Dr E.R. \_\_\_\_\_ méritent d'être confirmées, étant précisé que le dossier ne contient aucune appréciation médicale propre à susciter le doute quant au bien-fondé de l'appréciation de la capacité de travail résiduelle et des limitations fonctionnelles par l'expert rhumatologue. c) aa) Sur le plan psychiatrique, le Dr J. \_\_\_\_\_ avait retenu, dans son rapport du 26 octobre 2009, les diagnostics de trouble de phobie sociale (F40.1), de trouble panique avec agoraphobie (F40.01), de trouble dysthymique (F34.1) et de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen) (F33.2) et conclu à une aggravation de l'état de santé psychique dès le 1er janvier 2008, date à laquelle U. \_\_\_\_\_ présentait une capacité de travail de 40 %. bb) En ce qui concerne le volet psychiatrique de l'expertise réalisée au E. \_\_\_\_\_, il n'y a pas lieu d'attribuer de valeur probante aux

- 21 - conclusions du Dr E.P. \_\_\_\_\_ relatives à la capacité de travail de la recourante, eu égard à l'absence de discussion structurée et étayée des diagnostics et au caractère superficiel de l'analyse. A la lecture de l'expertise, il n'est en effet pas possible de comprendre les raisons ayant poussé le Dr E.P. \_\_\_\_\_ à considérer qu'aucun diagnostic n'avait d'impact sur la capacité de travail du recourant. Certes ce médecin a retenu, sans incidence sur la capacité de travail, l'existence d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et d'une agoraphobie avec trouble panique en rémission (F40.01) et exclu les diagnostics de trouble dépressif sévère, faute d'indice en ce sens dans l'anamnèse, son examen clinique et la description de la journée-type (pp. 39-40), et de trouble somatoforme douloureux, faute de détresse à l'évocation des douleurs (complément d'expertise du 27 juin 2022). L'anamnèse dressée par le Dr E.P. \_\_\_\_\_ apparaît particulièrement incomplète dans la mesure où ce médecin a, à l'évidence, banalisé certaines réponses, sans explorer plus en détail la vie quotidienne de la recourante et son passé traumatique. Pourtant, le Dr J. \_\_\_\_\_ avait bien décrit les événements traumatiques vécus en [...] (tremblement de terre en 1999 et violences au [...]) et en [...] (incendie criminel du centre de requérants d'asile qui abritait la famille de la recourante en 1992), lesquels devaient être compris comme l'une des causes de l'apparition des troubles anxieux et du trouble panique avec agoraphobie (rapport d'expertise du 26 octobre 2009 du Dr J. \_\_\_\_\_). Or le Dr E.P. \_\_\_\_\_ aurait dû se montrer particulièrement attentif à la prise d'anamnèse dans la mesure où il était connu que la recourante peinait à évoquer ces événements traumatisants.

Ainsi, dans son rapport du

## **E. 20**

mars 2017, le Dr L.\_\_\_\_\_ avait indiqué que, bien que la recourante fût suivie depuis des années à sa consultation, elle ne lui avait jamais parlé des traumatismes de son enfance, par crainte que la simple évocation de ces événements ne suffisent à raviver la symptomatologie des troubles paniques et agoraphobies dont elle souffrait de longue date. Expliquant les raisons qui justifiaient de s'écarter de l'expertise, le Dr S.\_\_\_\_\_ a mentionné ce qui suit : Malgré plusieurs investigations et rapports médicaux assez détaillés, l'expertise E.\_\_\_\_\_ du 23 février 2022 du Dr E.P.\_\_\_\_\_ ne fait

- 22 - aucune référence sur les éléments anamnestiques déterminants en lien avec la symptomatologie anxieuse et probablement, interprète les dires de la patiente à sa façon. On lit « la personne assurée dispose d'une voiture qu'elle conduit ». Or, la patiente ne sort pas de chez elle que seulement quand elle est accompagnée par un de ses proches. Il ajoute aussi : « Elle explique que pour toutes les tâches ménagères, elle fait ce qui est possible physiquement. » Bizarrement, il n'y a aucune référence sur le fait que la lessive de la patiente est effectuée depuis plusieurs années par la laverie de [...], que les repas sont faits en présence de son mari car elle oublie les plaques allumées, elle ajoute beaucoup de sel ou des épices à cause des oublis. La mobilisation est très difficile à cause des douleurs. Son traitement médicamenteux et l'administratif sont gérés par le CMS. Elle a toujours des difficultés à rester dans les endroits fermés, même dans la maison. Elle prend l'avion toujours avec son mari en chaise roulante. Depuis 2016 et le décès de son père et le départ de sa fille cadette, son état s'est détérioré avec fluctuations thymiques et idées suicidaires pouvant apparaître de façon impulsive en lien avec une hypersensibilité au stress et la contrariété. Il n'y a aucune référence à une tentative de suicide par noyade au lac en 2019 réactionnelle à des problèmes relationnels et une intolérance au stress et à la frustration. Elle n'a pas d'ami car les propos de l'autre prennent de l'ampleur et la déstabilise, elle doit se sentir acceptée et confiante dans la relation. Elle est méfiante, distante dans le contact et elle évite l'autre. Facilement irritable. Elle a des difficultés dans la gestion émotionnelle. Sur le plan psychique quand elle est épuisée à cause des douleurs, elle a un fort sentiment d'abandon, elle se sent très vite exclue, abandonnée et dans ces situations, elle ne prend pas ses médicaments à cause d'un fort sentiment de désespoir et de résignation. Pour planifier quelque chose, elle demande et sollicite toujours ses filles qui doivent constamment l'accompagner dans toutes ses démarches et donc elle est complètement dépendante. Cependant, lors de l'expertise du Dr E.P.\_\_\_\_\_, on ne trouve pas les mêmes informations ou on trouve parfois des éléments banalisés comme par exemple : « Parfois, elle sort, mais n'aime pas trop les endroits fermés. Au total, la personne assurée arrive à faire face aux tâches élémentaires de la vie quotidienne ». On peut se poser alors la question pourquoi la patiente a encore besoin d'un tel encadrement par le CMS, intervenant quotidiennement, et par ses proches. Sur le plan clinique, alors que plusieurs rapports médicaux montrent que le tableau clinique psychiatrique stationnaire sans aucune amélioration, l'expert retrouve seulement quelques symptômes anxieux et dépressifs de faible intensité. Or, la patiente passe encore aujourd'hui la plupart de son temps à l'intérieur de la maison et elle sort seulement accompagnée pour ses RDV médicaux à cause de l'agoraphobie et les douleurs. On a l'impression en lisant cette expertise que la patiente a surmonté toutes ses phobies et angoisses et il n'y a aucune référence en lien avec les événements traumatiques de sa vie. Les

- 23 - attaques de panique toujours présentes plusieurs fois par semaine disparaîtraient « avec la prise d'un verre d'eau ». En somme, force est de constater que le Dr E.P. \_\_\_\_\_ n'a pas pris en considération le caractère fluctuant du trouble thymique, déjà relevé par le Dr J. \_\_\_\_\_ (rapport d'expertise du 26 octobre 2009, p. 16), lequel masquait l'atteinte du registre anxieux, ni évalué la question des comportements d'évitement adoptés par la recourante, lesquels constituaient le véritable handicap sur le marché du travail.

L'appréciation clinique du Dr E.P. \_\_\_\_\_ est, en réalité, en contradiction manifeste avec l'évolution clinique habituelle d'un trouble anxieux et d'une agoraphobie, lesquels peuvent certes s'améliorer, ou se stabiliser, mais pas s'amender complètement, même dans le cadre d'une thérapie comportementale et cognitive à laquelle le patient aurait bien adhéré. Sur la base de ces éléments, l'analyse réalisée par le Dr E.P. \_\_\_\_\_ ne permettait pas de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique. cc) Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes du rapport du 24 juillet 2023 du Dr S. \_\_\_\_\_. Dans ses explications, le Dr S. \_\_\_\_\_ est revenu sur l'historique familial, personnel, professionnel, social et affectif de la recourante, singulièrement sur son enfance et son adolescence. Il a repris en détail les difficultés rencontrées par la recourante dans son environnement et les traumatismes vécus, l'apparition de ses phobies (noire, enfermement, sortir seule) durant l'enfance et les premières attaques de paniques à la fin de l'adolescence (cf. aussi : rapport du 26 septembre 2003 du Dr W. \_\_\_\_\_, rapport du 14 mars 2007 du Dr V. \_\_\_\_\_ et rapport du 26 octobre 2009 du Dr J. \_\_\_\_\_). Le Dr S. \_\_\_\_\_ a exposé les activités quotidiennes de la recourante et son emploi du temps : il a décrit une vie sociale très limitée et des phobies constantes, la recourante nécessitant l'aide de sa famille et du CMS dans toutes les tâches du quotidien. Son rapport contient par ailleurs une description complète des plaintes de la recourante, que celles-ci portent

- 24 - sur les atteintes psychiatriques ou sur sa symptomatologie douloureuse dont on a vu qu'elle n'est pas sans répercussion sur la capacité de travail (cf. consid. 7a/cc). Le Dr S. \_\_\_\_\_ a également pris un soin particulier à exposer les motifs pour lesquels, d'une part, il retenait les diagnostics posés ainsi que les corrélations existantes entre ceux-ci et, d'autre part, il se distanciant de l'appréciation de l'expert psychiatre du E. \_\_\_\_\_. Le Dr S. \_\_\_\_\_ explique de manière convaincante que la symptomatologie anxieuse n'a pas évolué favorablement depuis l'expertise réalisée par le Dr J. \_\_\_\_\_ en 2009, concluant plutôt à une dégradation de l'état psychique sur le plan anxieux et thymique depuis 2016, malgré l'augmentation de la Fluoxetine prescrite par le Dr L. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 7 décembre 2020). S'agissant de la chronicité des troubles anxieux, le Dr J. \_\_\_\_\_ évoquait déjà, dans son rapport d'expertise du 26 octobre 2009, l'hypothèse que les répercussions sur la capacité de travail soient fixées, appelant à une évaluation régulière et suggérant de s'adresser aux médecins traitants. Dans son rapport du 7 décembre 2020, le Dr L. \_\_\_\_\_ décrivait une évolution stationnaire et une problématique psychiatrique chronicisée. Dans son rapport du 10 septembre 2021, la Dre B. \_\_\_\_\_ mentionnait une incapacité de travail totale depuis plusieurs années « en raison d'un grave trouble psychique (trouble dépressif, trouble anxieux, agoraphobie, trouble somatoforme) auquel se surajoute une condition physique déplorable avec, en permanence, des plaintes multiples mais fluctuantes et variant dans le temps » à l'origine d'un important besoin d'aide dans de nombreuses activités de la vie ordinaire et de l'aide de ses filles. La généraliste traitante précisait encore que la recourante avait bénéficié d'importantes investigations qualifiant la « consommation de procédures médicales » d'« impressionnante », conséquences bien connues des troubles anxieux. Quant au Dr S. \_\_\_\_\_, il a décrit l'état de santé actuel de sa patiente en ces

termes (rapport du 24 juillet 2023) : U. \_\_\_\_\_ est suivie régulièrement à ma consultation depuis le 17 mars 2023, le tableau clinique actuel est caractérisé par une humeur dépressive, diminution marquée de l'intérêt et du plaisir, fatigabilité,

- 25 - diminution de la concentration et de l'attention, perte de la confiance en soi, ralentissement psychomoteur, perturbation du sommeil avec réveils précoces et vision négative de l'avenir (date d'apparition du nouvel état dépressif: mars 2023). Anxiété intense liée à la crainte des lieux où l'on peut s'échapper facilement avec survenu de crises d'angoisse aiguës avec tachycardie, oppression thoracique, impression d'étranglement et sensation d'instabilité, d'évanouissement. Fatigue accrue après des efforts mentaux, diminution de la capacité à affronter les tâches quotidiennes, céphalées de tension, myalgies, gastralgies, dyspepsie, irritabilité et incapacité à se détendre. Les troubles anxieux et les fluctuations thymiques ont probablement un impact sur la symptomatologie douloureuse avec une accentuation de ses arthralgies. On note également une dépendance excessive et une attitude exigeante envers ses enfants, une conviction d'avoir été transformée suite à plusieurs expériences psychotraumatiques et à l'évolution chronique de ses douleurs, un isolement social, des plaintes persistantes relatives à la santé, une humeur labile ayant comme conséquence une altération significative de son fonctionnement social. La patiente est complètement dépendante de son entourage, en ce qui concerne les activités quotidiennes instrumentales, les courses, les repas, le ménage, la lessive, sont effectués par son mari et ses filles. Intervention d'une infirmière du CMS à une fréquence hebdomadaire pour la gestion de son traitement médicamenteux. Pour la gestion administrative, elle bénéficie de l'aide d'une assistante sociale du CMS d'[...]. L'angoisse est constante, fluctuante, selon la situation, activée par des variations minimales dans ses relations interpersonnelles. A noter aussi des difficultés dans la gestion de ses tâches en lien avec un dysfonctionnement organisationnel et des difficultés à prioriser ses tâches associée à une peur constante de se tromper. Au premier plan, il y a des perturbations affectives avec fluctuations brusques, associées à des facteurs externes de stress. Le pronostic est réservé en lien avec plusieurs limitations fonctionnelles : Difficultés à s'organiser et planifier ses tâches, tendance à la distraction, mauvaise tolérance à la frustration, tendance à se préoccuper en permanence des risques dans son environnement associé à une angoisse et un sentiment d'insécurité, labilité émotionnelle, hypersensibilité au stress, impulsivité, réactions disproportionnées par rapport à des situations mineures. Les épisodes thymiques et la symptomatologie anxieuse et phobique sont clairement liés aux événements psychodramatiques comme l'atteste le Dr J. \_\_\_\_\_ lors de son expertise de 2009. L'isolement social, la dépendance excessive, les plaintes incessantes relatives à sa santé et les exigences rigides envers ses proches peuvent s'inscrire dans le cadre d'une modification durable de sa personnalité en lien aussi avec les expériences de vie psychotraumatiques. Depuis 2009, il n'y a aucune évolution favorable. Au contraire depuis 2016, il y a une dégradation de son état psychique sur le plan anxieux et thymique et cela malgré l'augmentation de la Fluoxétine par le Dr L. \_\_\_\_\_ et comme mentionné en lien avec plusieurs limitations fonctionnelles susmentionnées.

- 26 - Pour évaluer les limitations fonctionnelles, le Dr S. \_\_\_\_\_ s'est attaché à distinguer clairement les éléments thymiques fluctuants des troubles anxieux chronicisés. Selon lui, ce sont ces derniers, corroborés par tous les intervenants consultés au dossier, à l'exception du Dr E.P. \_\_\_\_\_, qui empêchaient la patiente de travailler et la restreignaient très fortement dans sa vie quotidienne. Dans la mesure où les limitations

fonctionnelles bien circonstanciées par le Dr S. \_\_\_\_\_ correspondent à celles retenues par le Dr J. \_\_\_\_\_, à savoir essentiellement les comportements d'évitement et leurs conséquences (rapport d'expertise du 26 octobre 2009, pp. 15-16), il n'y a pas lieu de retenir d'évolution de l'état de la santé de la recourante. Probante, l'analyse du psychiatre traitant mérite d'être confirmée. 8. Par conséquent, il convient de retenir que l'incapacité de travail de la recourante n'a – à tout le moins – pas évolué, et que, partant, son état de santé ne s'est pas modifié de manière à influencer son droit à trois-quarts de rente d'invalidité depuis la décision du 21 juin 2010 par laquelle cette prestation lui a été accordée. Dans ces conditions, l'office intimé n'avait aucune raison objective de procéder à une suppression du droit à la rente d'invalidité de la recourante. 9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée. 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 intimée, vu l'issue du litige. c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des - 27 - frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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