

# **VS\_GERICHTE S1 21 206 vom 22. Januar 2024**

VS Kantonsgericht, 2024-01-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs\\_gerichte\\_S1\\_21\\_206](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_21_206)

FR: VS\_GERICHTE S1 21 206 du 22 janvier 2024

IT: VS\_GERICHTE S1 21 206 del 22 gennaio 2024

## **Regeste**

S1 21 206 ARRÊT DU 22 JANVIER 2024 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Ferdinand Vanay, greffier en la cause X \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Maître Aba Neeman, avocat à Monthey contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (refus de prestations de l'assurance-invalidité)

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI n'y déroge expressément.

- 12 -

### **E. 1.2**

Remis à la poste le 20 septembre 2021, le recours dirigé contre la décision du 13 août précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA). Par ailleurs, il a été adressé à l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; art. 69 al. 1 LAI ; art. 81a al. 1 de la loi du

### **E. 1.3**

Faisant usage d'un droit que la loi lui reconnaît (art. 56 al. 1, 17 al. 2 et 19 al. 1 LPJA), la recourante sollicite d'abord, à titre de moyen de preuve, l'édition du dossier de l'intimé. Cette requête est satisfaite, puisque ledit dossier a été déposé céans, le 12 octobre 2021. L'intéressée requiert ensuite son propre interrogatoire. Ce moyen ne sera toutefois pas administré. En effet, la recourante a eu l'occasion de faire valoir céans par écrit son point de vue, de sorte que la Cour ne voit pas quels faits nouveaux et pertinents l'interrogatoire de l'assurée pourrait permettre d'établir. Il est rappelé que le droit d'être entendu, tel que garanti par l'article 29 alinéa 2 Cst., ne comprend pas le droit absolu d'être entendu oralement (ATF 140 I 68 consid. 9.6.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_778/2020 du 27 août 2021 consid. 4.2 et les réf. cit. ; sur l'appréciation anticipée des moyens de preuve en général : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3). Enfin, la Cour renonce également à procéder aux auditions des médecins traitants de l'assurée, à savoir le Dr G \_\_\_\_\_, le Dr H \_\_\_\_\_ et la Dresse C \_\_\_\_\_. En effet, ceux-ci ont également énoncé leurs avis respectifs dans plusieurs rapports médicaux qui ont été versés au dossier ; on ne voit dès lors pas quels éléments nouveaux et déterminants pour l'issue du litige les auditions de ces médecins traitants pourraient apporter. 2. 2.1 L'affaire a trait au refus de l'intimé de reconnaître à la recourante un droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, à la suite du dépôt par celle-ci d'une seconde demande

de prestations AI, le 18 septembre 2019. La Cour examinera d'abord le grief qui conteste l'impartialité de l'expert-psychiatre mandaté par l'OAI (cf. infra, consid. 3), puis déterminera si, au regard des principes applicables et de la jurisprudence en la matière (cf. infra, consid. 4), l'OAI s'est fondé à bon droit sur les conclusions de cet expert et sur celles du SMR pour rendre sa décision (cf. infra, consid.

- 13 - 5 et 6). Enfin, elle se prononcera sur la question de savoir si l'intimé a refusé à juste titre d'ordonner une expertise multidisciplinaire complémentaire (cf. infra, consid. 7) ainsi que sur le grief invoquant une violation de l'article 28 LAI (cf. infra, consid. 8). 2.2 La modification de la LAI (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1er janvier 2022. La décision litigieuse a été rendue antérieurement à cette date. Selon les principes généraux du droit intertemporel (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et les références), les dispositions de la LAI et du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI) sont donc applicables en l'espèce dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. 3. 3.1 Dans un premier moyen, la recourante argue que le psychiatre mandaté par l'intimé ne remplissait pas les exigences d'impartialité pour mener à bien l'expertise sollicitée (cf. mémoire de recours p. 23 s.). 3.2 Les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues (art. 36 al. 1 LPGA ; sur l'application de cette disposition à un expert médical en procédure administrative, voir l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_273/2009 du 14 septembre 2009 consid. 3). Selon la jurisprudence, les mêmes motifs de récusation que ceux prévus pour les juges sont en principe applicables aux experts. Comme ceux-ci ne sont pas membres d'un tribunal, les exigences correspondantes ne se fondent pas sur l'article 30 alinéa 1 Cst., mais sur l'article 29 alinéa 1 Cst. En ce qui concerne toutefois les notions d'impartialité et d'indépendance, la teneur de cette disposition-ci recouvre en grande partie celle de cette disposition-là (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_276/2016 du 23 juin 2016 consid. 3.1 et la référence, paru in : SVR 2018 UV Nr. 28 et 8C\_531/2014 du 23 janvier 2015 consid. 6.1.1, paru in : SVR 2015 IV Nr. 23). Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs et l'expertisé étant ainsi tenu de rapporter la preuve

- 14 - du contraire permettant de renverser la présomption d'impartialité dont bénéficie l'expert (ATF 132 V 93 consid. 7.1 et la réf. cit. ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_689/2012 du

## **E. 6**

juin 2013 consid. 2.2, 9C\_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1 et la réf. cit. et I 294/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2 et 3.3 et les réf. cit.). Il ressort ce qui suit des arrêts topiques en question : « L'allégation de l'assurée, selon laquelle le Prof. M. réalise une part importante de son revenu grâce à des expertises et appréciations pour des assurances n'est pas prouvée. De plus, cette seule circonstance ne permet pas de conclure à une prévention de ce médecin. Il n'y a en effet pas motif à récusation du seul fait qu'une personne accomplit des mandats

pour le compte de l'administration mais seulement en cas de parti pris personnel. Il a été confirmé dans l'arrêt paru aux ATF 137 V 210 que le recours régulier à un expert ou à un centre d'expertises par l'assureur, le nombre des mandats d'expertises et de rapports confiés au même médecin et la somme des honoraires en résultant n'entraînent pas en soi une récusation » (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_360/2011 du 13 février 2012 consid. 4.3.1, voir également RAMA 1999 no U 332 p. 193 consid. 2a/bb cité dans les considérants susmentionnés de l'arrêt I 294/06). « Aussi est-ce à juste titre que la juridiction cantonale n'a pas donné suite à la requête de renseignements sur le nombre de mandats d'expertise psychiatrique confiés par l'office AI à l'expert et sur le montant de la rémunération en résultant, ces éléments ne constituant pas une preuve pertinente pour établir les faits relatifs à la récusation » (arrêt précité 9C\_519/2011 consid. 3.2). Les développements suivants, exposés aux considérants 3.2 et 3.3 de l'ATF 148 V 225, doivent en outre être rappelés : « Si un motif de récusation n'est découvert qu'au moment de la réalisation de l'expertise ou après celle-ci, le motif de récusation doit être invoqué dès que possible, soit en principe dès que le plaideur a connaissance du motif, faute de quoi il est réputé avoir tacitement renoncé à s'en prévaloir (PIGUET, in : Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 47 ad art. 44 LPGa). Il est en effet contraire au principe de la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour ensuite, à l'occasion d'un recours, tirer argument d'un motif de récusation qui était connu auparavant (ATF 140 I 271 consid. 8.4.3, 139 III 120 consid. 3.2.1 et 136 III 605 consid. 3.2.2). Les objections que peut soulever l'assuré à l'encontre de la personne de l'expert peuvent être de nature formelle ou matérielle ; les motifs de récusation formels sont ceux prévus par la loi (cf. art. 36 al. 1 LPGa) ; d'autres motifs, tels que le manque de compétences dans le domaine médical retenu ou encore un manque d'adéquation personnelle de l'expert, sont de nature matérielle (ATF 132 V 93

- 15 - consid. 6.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_180/2013 du 31 décembre 2013 consid. 2.3 ; PIGUET, in : op. cit., n. 24 ad art. 44 LPGa) ». 3.3 En l'espèce, la recourante soutient d'abord que plusieurs éléments ont démontré, tout au long de la procédure, que l'expert psychiatre n'offrait aucune garantie d'objectivité et d'impartialité. Elle se réfère à l'avis du Dr G \_\_\_\_\_ qui, dans son rapport du 6 octobre 2020 (cf. pièce n. 195), a relevé que sa patiente avait souffert moralement lors de son dernier entretien avec l'expert, le 15 septembre 2020, celui-ci l'ayant traitée de « grosse » à plusieurs reprises. La Cour observe que, dans le rapport précité, le psychiatre traitant restitue les déclarations de sa patiente. Il ne s'agit donc pas d'un moyen de preuve qui permet d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. infra, consid. 4.5), que le Dr E \_\_\_\_\_ a usé d'un langage inapproprié lors de son entretien avec l'expertisée. La Cour ne peut dès lors pas retenir que l'attitude de l'expert lors de cet entretien dénotait une prévention de celui-ci incompatible avec le mandat que l'intimé lui avait confié. 3.4 Ensuite, la recourante rappelle que le Dr E \_\_\_\_\_ l'avait déjà examinée en 2014 et en 2016, que ces entrevues s'étaient mal passées et qu'elle a d'emblée demandé à l'intimé de nommer un autre expert pour ce troisième examen, requête qui a été rejetée malgré le fait qu'elle s'appuyait sur les avis de ses thérapeutes traitants. Selon la jurisprudence, le simple fait qu'un expert a déjà eu l'occasion d'examiner une personne n'empêche pas d'emblée celui-ci de se voir confier plus tard une nouvelle expertise. Il n'y a non plus pas de prévention inadmissible lorsqu'il aboutit à des conclusions défavorables à une partie. Il en va autrement si les circonstances donnent objectivement l'apparence de la prévention et font craindre une activité partielle, comme lorsque le rapport d'expertise n'est pas neutre ni objectif. Dans ce cas, il faut admettre

l'existence d'un motif de récusation (ATF 132 V 93 consid. 7.2.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_733/2017 du 16 mars 2018 consid. 4.2.1, 8C\_227/2013 du 22 août 2013 et 8C\_160/2009 du 23 décembre 2009 consid. 3.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 29/04 du 17 août 2004 consid. 2.2 et les références). In casu, il n'existe aucun indice objectif qui donnerait l'apparence objective de la prévention au Dr E \_\_\_\_\_ et ferait redouter une activité partielle de sa part. De simples soupçons – ne reflétant en l'occurrence que les impressions subjectives de la recourante – ne sauraient suffire. De plus, contrairement aux avis des médecins traitants, le fait que le Dr E \_\_\_\_\_ a déjà expertisé la recourante auparavant n'exclut pas un nouveau contrôle ultérieur de l'évolution. Bien au contraire, il semble judicieux

- 16 - d'interroger le spécialiste qui a déjà examiné l'assurée à propos de l'évolution de la maladie et de l'impact de celle-ci sur la capacité de travail. Le fait que l'expert aboutisse à une évaluation différente de celle des médecins traitants de la recourante ne suffit pas à remettre en question l'objectivité de ses conclusions, ni à justifier une récusation (dans le même sens, cf. ATF 132 V 93 consid. 7.2.2). Autre est la question de savoir si lesdites conclusions sont probantes ou si, au contraire, ce sont celles des médecins traitants qui emportent la conviction (cf. infra, consid. 5). 3.5 Les griefs de la recourante quant à la partialité de l'expert sont ainsi mal fondés et doivent être rejetés. 4. 4.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 se définit 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 (art. 6 LPGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI). Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b). 4.2 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, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-ci est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et les réf. cit.).

- 17 - Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). 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 et 125 V 351 consid. 3a ainsi que les références ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a). Même si la jurisprudence a toujours reconnu valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGa. Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_54/2021 du 25 février 2022 consid. 5.4). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à l'affaire sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il

- 18 - arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1, cité p. ex. in : arrêt du Tribunal fédéral 9C\_115/2022 du 22 mars 2023 consid. 3.2). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_670/2020 du 28 juillet 2021 consid. 3.2 et les réf. cit.). 4.3 Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références citées ; v. aussi, en matière d'expertise psychiatrique, ATF 148 V 49 consid. 6.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine

valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la différence opérée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_232/2022 du 4 octobre 2022 consid. 4.1.2). 4.4 Selon la jurisprudence (ATF 143 V 418), il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir une évaluation de l'invalidité au moyen d'une grille d'indicateurs (ATF 141 V 281).

- 19 - La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, mais également celui d'un trouble psychique, suppose en premier lieu 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 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6), en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.1.2). L'analyse doit également prendre en considération d'éventuels facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé 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. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'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 déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit 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 – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2). 4.5 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1, 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les réf. cit.). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré

- 20 - (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et arrêt du Tribunal fédéral 8C\_483/2022 du 13 mars 2023 consid. 4.3.3). 5. 5.1 La recourante affirme que la décision lui refusant tout droit à des prestations de l'AI est contraire au droit, car l'intimé l'a rendue en se fondant exclusivement sur les conclusions non probantes de l'expertise du Dr E \_\_\_\_\_. 5.2 Dans son rapport du 18 mars 2021 (sous pièce n. 200), cet expert n'a retenu aucun diagnostic incapacitant et a estimé que le tableau clinique ne s'était guère modifié depuis les expertises précédentes de 2014 et de 2016. Il a notamment constaté que l'assurée présentait un comportement dramatique et histrionique qui était en discordance avec son attitude non dolente et sans aucune limitation objectivable lors de l'examen clinique. Il a relevé que, lorsqu'il avait attiré l'attention de l'intéressée à ce propos, celle-ci avait immédiatement adopté un comportement caricatural et grimaçant qui disparaissait ultérieurement tout aussi soudainement lorsqu'elle était distraite ou lorsque d'autres sujets étaient évoqués. Il en a déduit qu'il existait, dans le cas particulier, des facteurs non médicaux à l'origine des plaintes de l'assurée. L'expert a aussi observé que le fonctionnement quotidien de l'expertisée, qui avait des activités de loisirs selon ses intérêts et investissait la relation avec ses filles, ne correspondait pas à ses déclarations selon lesquelles elle ne faisait rien de ses journées. Il a ainsi diagnostiqué des traits de personnalité histrionique et une majoration des symptômes psychiques et/ou physiques pour des raisons psychologiques (p. 16 à 21). Il a également retenu un trouble dépressif récurrent de gravité légère, dès lors que l'assurée ne se laissait jamais déborder émotionnellement lors de l'entretien, qu'elle était plutôt souriante, qu'elle avait des loisirs, que le sommeil et l'appétit étaient relativement bien conservés, qu'il n'y avait pas de suicidalité et que la fatigue semblait avoir une fonction défensive dans le cas d'espèce (p. 24 s.). S'agissant de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'expert a souligné que les symptômes pour les pertes de fonctionnalité n'étaient ni cohérents, ni plausibles, rappelant la tendance de l'intéressée à la dramatisation et à l'amplification des plaintes. Il a en outre motivé les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'avis du psychiatre traitant, le Dr G \_\_\_\_\_, lequel avait relevé dans un avis du 2 octobre 2020 que sa patiente présentait de nombreuses pathologies invalidantes (p. 28 à 30).

- 21 - Le Dr E \_\_\_\_\_ a ainsi maintenu que, sur le plan psychiatrique, on pouvait exiger de l'intéressée qu'elle exerce à temps plein et sans limitations, dès le 1er octobre 2014, n'importe quelle activité adaptée à ses compétences et à sa motivation (p. 35). 5.3 La valeur probante intrinsèque de ces constatations et conclusions médicales est entière, dès lors que l'expert, médecin spécialisé en psychiatrie, a procédé à un examen complet de la patiente, qu'il a tenu compte des pièces médicales au dossier, que son avis a été établi de manière circonstanciée et en connaissance de l'anamnèse, que son exposé du contexte médical est cohérent, que l'appréciation de la situation médicale est claire et que les conclusions sont dûment motivées. En outre, cette expertise répond aux réquisits posés par la jurisprudence en matière de procédure probatoire structurée relative aux maladies psychiques. En effet, l'expert a fondé ses diagnostics sur les critères reconnus du DSM-5 et de la CIM 10. Il a en outre évalué la cohérence entre les plaintes exprimées par l'expertisée et les constatations objectives lors de l'entretien, la répercussion des atteintes à la santé dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi (cf. idem p. 27 à 30). Enfin, il a dûment pris en compte le degré de gravité fonctionnel desdites atteintes (évolution, perspectives de guérison, ressources personnelles de l'assurée ; cf. idem p. 30 ss). 5.4 La recourante conteste cette analyse, en soutenant que cette expertise n'est pas probante pour plusieurs raisons et que l'intimé s'y est référé à tort pour rendre sa décision. 5.4.1 Elle affirme tout d'abord que l'intimé a constaté les faits de manière inexacte et incomplète, en rendant sa

décision sans tenir compte des avis émis par les médecins traitants et en se fondant uniquement sur les conclusions de l'expert psychiatre (cf. mémoire de recours p. 16 ss). A ce propos, la Cour observe d'emblée que cette expertise porte exclusivement sur l'état de santé psychique de la recourante. Le Dr E \_\_\_\_\_ ne se prononce nullement sur l'état de l'intéressée au plan neurologique. Partant, les arguments que celle-ci formule afin d'établir une aggravation de sa maladie neurologique dès l'année 2020 ne sont pas aptes à remettre en cause la valeur probante de l'expertise précitée. Ces griefs seront examinés ci-après au considérant 6. Ensuite, la recourante se réfère au rapport du 28 septembre 2020 que la Dresse C \_\_\_\_\_ a transmis au Dr E \_\_\_\_\_ et que celui-ci a joint à son rapport d'expertise (cf. pièce n. 200). Cette spécialiste en neurologie y indique notamment que sa patiente présente un état dépressif sévère, un syndrome douloureux et des

- 22 - complications multiples liées à d'autres problèmes de santé (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, obésité). Elle ajoute avoir constaté, déjà en 2018, une aggravation du syndrome douloureux avec une péjoration consécutive du trouble psychiatrique. La Cour estime que cette opinion médicale au sujet des troubles psychiques dont souffre la recourante ne dispose pas d'une valeur probante déterminante, dès lors qu'elle n'émane pas d'un médecin psychiatre. De plus, la Dresse C \_\_\_\_\_ fait état de ses propres impressions, en tant que neurologue, sans rapporter des éléments médicaux objectivement vérifiables et pertinents qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise. Partant, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. supra, consid. 4.3 in fine), la Cour ne peut pas considérer que l'avis de cette neurologue est de nature à ébranler les conclusions de l'expert psychiatre. La recourante relève encore que son psychiatre traitant, le Dr G \_\_\_\_\_, a lui aussi fait état d'une aggravation de son état de santé (cf. mémoire de recours p. 17). Elle se réfère à deux avis que celui-ci a adressés à l'intimé, respectivement le 6 octobre 2020 et le 28 avril 2021 (cf. pièces n. 195 et 214). La Cour estime que ces pièces ne comportent cependant aucun nouvel élément médical objectif susceptible de jeter le doute sur les conclusions du Dr E \_\_\_\_\_. En effet, le Dr G \_\_\_\_\_ y signale une progression de la maladie neurologique, dont on verra qu'elle n'est pourtant nullement établie (cf. infra, consid. 6.2.2), et il renvoie de manière toute générale aux rapports précédents des médecins soignants et consultants. Ce psychiatre plaide en outre pour un examen multidisciplinaire du cas, soutenant que l'expertise psychiatrique « manque cruellement d'un regard interniste et/ou généraliste capable d'intégrer les données neurologiques de la sclérose en plaques qui progresse lentement » (cf. avis du 28 avril 2021, sous pièce n. 214). Toutefois, comme on le verra également (cf. infra, consid. 7), l'OAI a en définitive correctement apprécié la situation médicale de l'assurée dans sa globalité. 5.4.2 La recourante affirme par ailleurs que le rapport du Dr E \_\_\_\_\_ présente des incohérences (cf. mémoire de recours p. 18). Elle relève « à titre d'exemple » que, selon l'expert, elle entreprend « de nombreuses activités extraprofessionnelles », de sorte que « rien n'indique qu'elle souffre de troubles cognitifs significatifs qui puissent l'empêcher de réaliser une activité simple et répétitive sans responsabilité » (cf. rapport d'expertise p. 29, sous pièce n. 200). L'assurée s'étonne dès lors que l'expert mentionne plus loin (cf. idem p. 30) qu'elle a « quelques loisirs » et qu'il « est difficile » d'analyser et d'apprécier les répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines d'activité. Si l'on peut effectivement admettre

- 23 - que l'expert ne semble pas constant dans sa manière de quantifier les activités extraprofessionnelles de l'intéressée, on voit en revanche mal en quoi cette unique

incohérence relevée par la recourante sur un point guère déterminant suffirait à remettre en cause la valeur probante de l'expertise. 5.4.3 La recourante reproche en outre à l'expert de n'avoir pas pris ses plaintes en considération, en raison de son comportement dramatique et histrionique la conduisant à exagérer les conséquences des troubles dont elle souffre. Elle souligne qu'elle s'inquiète continuellement au sujet de son état de santé, qu'elle ne produit pas intentionnellement ses symptômes et qu'elle ne fait pas semblant. Elle précise que sa crainte excessive est particulièrement stressante et perturbe tous les aspects de sa vie quotidienne (cf. mémoire de recours p. 19). Cette critique est vaine. En effet, le Dr E \_\_\_\_\_ a retenu de manière constante lors de ses deux derniers examens que la recourante présentait un comportement dramatique et histrionique (cf. rapport du 20 avril 2017 p. 9, 15 s. et 21, sous pièce n. 110 ; rapport du 18 mars 2021 p. 16 et p. 28, sous pièce n. 200). Il a ainsi posé un diagnostic de majoration des symptômes psychiques et/ou physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et l'a justifié de manière convaincante (cf. idem p. 18 à 21). On relèvera que l'expert n'a jamais affirmé que l'assurée faisait semblant, mais a au contraire expliqué que le comportement dramatique et histrionique de celle-ci s'expliquait en raison de sa personnalité et du trouble psychologique qu'elle présentait. Dans ces conditions, il est logique que l'expert psychiatre tempère la portée des plaintes subjectives de l'assurée, dont il a objectivement constaté que les déclarations étaient en discordance avec son fonctionnement quotidien. Le grief que l'intéressée formule à ce propos n'est donc pas apte à remettre en question la valeur probante des conclusions de l'expert. 5.4.4 Attendu ce qui précède, l'expertise du Dr E \_\_\_\_\_ résiste à toutes les critiques émises par la recourante et sa valeur probante doit être confirmée.

### **E. 6.1**

Au plan neurologique, l'intimé s'est référé dans sa décision aux avis émis par la Dresse J \_\_\_\_\_ du SMR, respectivement les 27 août 2020 et 24 mars 2021 (cf. pièces n. 191 et 202). Il a relevé que l'IRM cérébrale du 23 juin 2020 montrait l'apparition de deux petites lésions cérébelleuses droites, sans aucune modification des lésions préexistantes, ni incidences concrètes sur l'état de santé de l'assurée. Il a aussi rappelé que celle-ci n'avait, selon la Dresse C \_\_\_\_\_ (cf. avis du 28 septembre 2020 joint

- 24 - au rapport d'expertise du Dr E \_\_\_\_\_, sous pièce n. 200), jamais présenté de nouvelle poussée clinique depuis le début de la maladie. Il a estimé que ces renseignements étaient probants et en a déduit qu'il n'y avait pas lieu de procéder à des investigations médicales supplémentaires.

### **E. 6.2**

La recourante conteste cette appréciation en formulant plusieurs arguments.

#### **E. 6.2.1**

Elle observe tout d'abord que, selon le rapport du 26 mars 2020 du Dr K \_\_\_\_\_ (cf. pièce n. 173), les répercussions des affections dont elle souffre sont majeures, puisqu'elle ne peut plus assumer son ménage, qu'elle est aidée dans cette tâche par ses proches, qu'elle ne prépare pas les repas et qu'elle est capable de se doucher seule, mais sous la surveillance de ses filles (cf. mémoire de recours p. 18). En réalité, ces propos ne sont pas des constatations médicales objectives émises par le Dr K \_\_\_\_\_ ; en effet, celui-ci ne fait que rapporter les déclarations de la patiente. D'ailleurs, ce médecin relève qu'il n'y a pas d'argument clinique en faveur d'une nouvelle localisation de la sclérose en plaques depuis 2012, que la maladie semble bien contrôlée et que les troubles psychiatriques et

comportementaux sont au premier plan. Il conclut que les déficits neurologiques sont discrets, précisant douter qu'ils justifient une rente AI en l'absence d'évolution de la maladie. Dans ces conditions, le rapport du Dr K \_\_\_\_\_, qui confirme les conclusions de l'intimé, n'est d'aucune aide à la recourante.

### **E. 6.2.2**

Ensuite, celle-ci argue que ses médecins traitants ont mis en évidence, depuis le rapport du Dr K \_\_\_\_\_, une aggravation de son état de santé au plan neurologique. Elle se réfère en particulier aux résultats de l'examen IRM du 23 juin 2020. Selon le rapport y relatif (cf. pièce n. 189), cette IRM cérébrale objective de « multiples petites lésions rentrant dans le cadre de la sclérose en plaques connue, avec charge lésionnelle faible ». Par rapport à l'IRM de 2018, est signalée « l'apparition de deux petites lésions cérébelleuses droites », « la charge lésionnelle sus-tentorielle [étant] superposable ». Il est précisé que « aucune lésion ne présente de caractère inflammatoire aigu » et que « toutes ces anomalies sont infracentimétriques et ne se rehaussent pas après injection de gadolinium ». Selon la recourante, ces renseignements mettent clairement en évidence une aggravation de son état de santé et une progression de sa maladie neurologique (cf. mémoire de recours p. 16), constat qu'a également posé son psychiatre traitant dans ses avis du 6 octobre 2020 et du 28 avril 2021 (cf. pièces n. 195 et 214). Cependant, ces allégations prennent le contre-pied de celles émises par la Dresse C \_\_\_\_\_ dans

- 25 - son avis du 28 septembre 2020. En effet, cette neurologue y a indiqué en particulier que sa patiente « n'a jamais présenté de nouvelle poussée clinique depuis le début de sa maladie », que « le traitement a été interrompu en décembre 2019, devant l'absence de progression de la maladie [...] et sur la base de l'absence de nouvelles lésions cérébrales sur une longue durée » et que « l'IRM [qui] a eu lieu au mois d'août [recte : juin] a montré l'absence de nouvelle progression » (cf. avis précité, sous pièce n. 200). Il s'ensuit que tant l'assurée que le Dr G \_\_\_\_\_ se réfèrent en vain aux résultats de cette IRM pour affirmer que l'intimé n'a pas correctement apprécié la situation médicale au plan neurologique.

### **E. 6.3**

Les critiques de la recourante étant inopérantes, il y a lieu de retenir que l'OAI a rendu sa décision en tenant compte de toutes les pièces médicales pertinentes permettant d'évaluer l'état de santé de l'assurée au plan neurologique.

### **E. 7.1**

En se référant à l'avis de ses médecins traitants, la recourante indique ne pas comprendre les raisons pour lesquelles l'intimé n'a pas requis une expertise multidisciplinaire (cf. mémoire de recours p. 17). Elle relève que la jurisprudence demande de considérer les troubles fonctionnels sévères indépendamment du diagnostic et cite un arrêt du Tribunal fédéral 8C\_130/2017 du 30 novembre 2017, qui a été publié (ATF 143 V 418 ; cf. supra, consid. 4.4 ab initio). Elle souligne aussi que la Dresse C \_\_\_\_\_ a insisté à plusieurs reprises sur la nécessité d'une évaluation multidisciplinaire, avis dont l'intimé n'avait nullement tenu compte sans motif valable (cf. mémoire de recours p. 21 s.).

### **E. 7.2**

Aux considérants 5 et 6 ci-dessus, la Cour a constaté que l'intimé avait fondé sa décision sur des renseignements médicaux complets et probants, aussi bien au plan psychiatrique

qu'au plan neurologique. Il s'ensuit que, contrairement à ce qu'affirme la recourante, l'OAI a correctement apprécié la situation médicale dans sa globalité. L'intéressée s'appuie en vain sur la jurisprudence précitée, dès lors que les troubles fonctionnels qu'elle allègue ne peuvent pas être pris en considération compte tenu de la discordance importante qui a été mise en évidence entre ses déclarations et les constatations objectives et probantes du Dr E \_\_\_\_\_.

On précisera encore qu'une expertise multidisciplinaire (à savoir, psychiatrique et rhumatologique), avec évaluation concertée des deux spécialistes de chacune des disciplines médicales en question, n'était pas nécessaire dans le cas particulier. En effet, il ressort du dossier que la recourante souffre d'une sclérose en plaques et que l'annonce - 26 - de cette maladie a entraîné chez elle des troubles psychiques, avec notamment un phénomène d'amplification des plaintes pour des raisons psychologiques. Certes, il est exact qu'après avoir vu l'assurée pour la première fois en octobre 2014, le Dr E \_\_\_\_\_ a diagnostiqué notamment un trouble somatoforme douloureux sans répercussion sur la capacité de travail (cf. rapport d'expertise p. 14, sous pièce n. 59). Mais ce spécialiste n'a pas repris ce diagnostic dans les deux rapports qu'il a émis en avril 2017 et en mars 2021. Le Dr G \_\_\_\_\_ n'évoque d'ailleurs non plus un tel diagnostic (cf. p. ex. rapport du 6 octobre 2020, sous pièce n. 195 ; rapport du 7 janvier 2020, sous pièce n. 153). En définitive, seul le Dr H \_\_\_\_\_, dans son rapport du 5 septembre 2021 produit céans, évoque l'hypothèse d'un trouble somatoforme caractérisé par plusieurs symptômes physiques chroniques associés à des niveaux significatifs et disproportionnés de souffrance, d'inquiétude et de difficultés à fonctionner au quotidien. Ces éléments ne sont toutefois pas nouveaux, comme le fait observer la Dresse J \_\_\_\_\_ dans son avis du 16 février 2022, et ils ne sauraient rendre vraisemblable un tel diagnostic que les psychiatres ne retenaient nullement au moment où l'intimé a rendu sa décision. Au surplus, bien que le Dr H \_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport qu'un avis rhumatologique avait été requis auprès du CHUV, la recourante n'a pas déposé céans cette pièce dans le délai ouvert à cet effet, ni ultérieurement. Il s'ensuit qu'en l'espèce, les règles particulières posées par la jurisprudence afin d'évaluer l'incapacité de travail qu'un trouble somatoforme est susceptible d'entraîner (ATF 132 V 65 consid. 4.3 et les réf. cit. ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_435/2022 du 20 juin 2023 consid. 5) ne trouvent pas application.

### **E. 8.1**

Enfin, la recourante invoque à tort une violation de l'article 28 LAI, disposition qui énonce les conditions du droit à une rente de l'AI. En effet, sur le vu de ce qui précède, l'intimé a correctement retenu que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée et fixé le degré d'invalidité globale à 19 %. Il a en outre rappelé à bon escient qu'un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donnait pas droit à une rente de l'AI. La recourante ne conteste au demeurant pas la comparaison des revenus opérée par l'intimé dans sa décision, qui est également confirmée sur ce point.

### **E. 8.2**

Quant à la conclusion requérant l'octroi de mesures d'ordre professionnel, la recourante ne l'a pas motivée. Elle doit quoi qu'il en soit être écartée, dès lors que l'intéressée n'a jamais fait part de son intention de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Dans ces conditions, l'intimé lui a refusé à juste titre tout droit à des mesures d'ordre professionnel.

**E. 9.1**

Attendu ce qui précède, le recours, en tous points mal fondé, est rejeté.

**E. 9.2**

Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de l'importance de la procédure (art. 69 al. 1bis LAI), sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 1 al. 2, 81a al. 2 et 89 al. 1 LPJA). Ils sont compensés par l'avance du même montant versée par l'intéressée.

**E. 9.3**

Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario ; art. 91 al. 1 LPJA a contrario).

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