

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juin 2018

Composition : M. PIGUET, président
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Z._____, à l._____, (FR), recourante, représentée par Procap Suisse,
Service juridique, à Bienne (BE),

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 6 LPGA et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) Née en 1961, Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), titulaire d'un certificat fédéral de capacité (ci-après : CFC) de coiffeuse obtenu en 1979, a œuvré à compter du 1^{er} juillet 2001 en tant qu'employée d'exploitation pour le compte de la Société d'agriculture T._____. Ayant présenté une incapacité totale de travail dès le 4 février 2002, son employeur l'a licenciée pour le 30 avril 2003.

Alléguant souffrir de diverses atteintes à la santé sur les plans somatique et psychique, Z._____ a déposé le 11 août 2003 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé). Dans le cadre de l'instruction de cette demande, il a diligenté une expertise psychiatrique qu'il a confiée au Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce médecin a posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de « trouble dépressif récurrent, avec épisodes d'intensité de légère à sévère, épisode actuel d'intensité moyenne à sévère, avec des somatisations qui ont pris l'allure d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, avec la suspicion non confirmée d'une évolution fibromyalgique, chez une personne fragile, à traits schizotypiques, narcissiques et caractériels pervers, solides, chez une femme à l'intelligence probablement moyenne, abaissée actuellement par la dépression. » Il a considéré que la capacité de travail était nulle en toute activité depuis le 4 février 2002 (rapport du 10 janvier 2005).

Par décisions des 30 mai et 8 juillet 2005, l'office AI a alloué à Z._____ une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2003, basée sur un degré d'invalidité de 100%.

b) Au terme de la procédure de révision mise en œuvre par ses soins au mois de janvier 2007, l'office AI a constaté que le degré d'invalidité de Z._____ demeurait inchangé, de sorte que son droit à une rente entière était maintenu (communication du 3 avril 2007).

c) Dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision engagée en février 2013, l'office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant. Dans son rapport du 26 juin 2013, ce médecin a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de troubles dépressifs récurrents, syndrome somatoforme douloureux généralisé persistant et syndrome post trombotique du membre inférieur gauche sur status après trois thromboses. Il a considéré que la poursuite du versement d'une rente entière d'invalidité se justifiait.

Le 22 août 2013, l'office AI a informé Z._____ que son état de santé nécessitait la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) qu'il a confiée à la Clinique L._____ (mandat du 9 décembre 2013).

Les experts ont procédé à un examen de l'appareil locomoteur le 28 août 2014 et à une consultation de psychiatrie le 30 septembre 2014. Dans leur rapport du 13 décembre 2014, ils ont posé, sur le plan somatique, les diagnostics suivants : discarthrose L1 à L2 et L2 à L3, fibromyalgie, calcifications du grand trochanter gauche ainsi que thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche en 2010 et thrombose veineuse superficielle de la petite veine saphène gauche en janvier 2012. Sur le plan psychiatrique, ils ont retenu un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée ainsi qu'une fibromyalgie. S'agissant de la capacité de travail, les experts ont estimé qu'elle était entière depuis le jour de l'expertise, sans baisse de rendement, tant dans le dernier emploi exercé que dans une activité adaptée.

Le 25 mai 2016, l'office AI a signifié à Z._____ qu'il comptait supprimer la rente d'invalidité versée jusqu'alors, au motif que le degré d'invalidité, désormais fixé à 5%, était inférieur au seuil de 40% donnant droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Par courrier du 24 juin 2016, l'assurée a présenté des objections à l'encontre de ce projet, s'estimant incapable de reprendre l'exercice d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Dans une lettre à l'office AI datée du même jour, le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, a considéré que l'état de santé de sa patiente aux plans physique et psychologique, associé à son absence d'activité professionnelle depuis plus de dix ans, constituaient un obstacle majeur à un retour sur le marché du travail.

Par décision du 19 octobre 2016, l'office AI a entériné la suppression du droit de Z. _____ à une rente d'invalidité.

B. Par acte du 17 novembre 2016 (timbre postal), Z. _____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant implicitement à son annulation. Contestant l'amélioration de son état de santé, elle a pour l'essentiel évoqué les difficultés qu'elle rencontrait dans l'accomplissement des tâches quotidiennes en raison de sa fibromyalgie.

Dans sa réponse du 12 janvier 2017, l'office AI a conclu au rejet du recours.

Les parties ont chacune confirmé leurs conclusions respectives au cours de l'échange d'écritures subséquent (réplique non datée reçue par le greffe de la Cour de céans le 2 février 2017 et duplique du 20 février 2017).

Dans un rapport du 26 mars 2018 adressé au tribunal, le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et nouveau psychiatre traitant, a posé les diagnostics de trouble schizotypique et de douleur chronique où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques. Au vu de la symptomatologie présentée, il a considéré que l'assurée était totalement et définitivement incapable de travailler dans sa profession habituelle de même que dans toute activité théoriquement adaptée à son état de santé. Selon ce médecin, cette incapacité avait

débuté en 2003 et perdurait sans interruption depuis lors. Il était par conséquent d'avis que l'office AI devrait reprendre le service d'une rente entière d'invalidité.

Interpellé par la Cour de céans au sujet de la valeur probante de l'expertise réalisée par la Clinique L._____, l'office AI a, dans ses déterminations du 4 avril 2018, considéré qu'en dépit des irrégularités ayant entaché certains dossiers confiés à la Clinique L._____, l'expertise réalisée par cette dernière dans le cadre de la présente procédure remplissait les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il a dès lors réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours.

Par pli du 13 avril 2018, l'assurée a fait valoir qu'en tant que la décision attaquée se fondait sur une expertise qui avait pu être modifiée par un tiers après sa rédaction, elle était dépourvue de valeur probante, ce d'autant qu'elle n'avait pas été en mesure de prendre connaissance des éventuels changements apportés.

Au vu du rapport du Dr G._____ du 26 mars 2018, l'office AI a proposé, en date du 1^{er} mai 2018, la réintroduction de la rente à la date de sa suppression, se référant en cela à un avis du SMR du 24 avril 2018 joint en annexe.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire

l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet la suppression, par la voie de la révision, de la rente entière de l'assurance-invalidité versée à la recourante, singulièrement le degré d'invalidité qu'elle présente depuis le 1^{er} décembre 2016.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) En vertu 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, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Pour déterminer si un tel changement s'est produit, il y a lieu de comparer, d'une part, les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en

force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et d'autre part, les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5). Peut en particulier justifier une révision, une modification sensible de l'état de santé ou des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les arrêts cités). En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et les références ; TF 8C_339/2017 du 1^{er} février 2018 consid. 3).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

d) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. En l'espèce, les experts de la Clinique L._____ ont estimé, au vu de l'amélioration de l'état de santé de la recourante, que sa capacité de travail était entière en toute profession. S'appuyant sur ces conclusions, l'office intimé a ainsi considéré, dans la décision attaquée, que le versement d'une rente entière ne se justifiait plus et qu'il convenait par conséquent de le supprimer.

Toutefois, dans son rapport du 26 mars 2018, le Dr G._____ a indiqué que ses propres constatations étaient globalement superposables à celles effectuées par le Dr F._____ en 2004, de sorte que, contrairement aux experts de la Clinique L._____, il n'était pas en mesure de retenir une amélioration de l'état de santé de la recourante. Il a donc préconisé la reprise du service de la rente.

Dans un avis médical du 24 avril 2018, la Dresse Q._____, médecin auprès du SMR, a relevé que le Dr G._____ avait fait état d'éléments nouveaux corroborant les conclusions du Dr F._____ tout en relativisant les observations effectués au sein de la Clinique L._____, lesquelles apparaissaient ainsi comme moins convaincantes à la lumière de cette nouvelle évaluation. En d'autres termes, l'analyse du Dr G._____ se révélait plus cohérente avec l'ensemble du dossier de la recourante que celle de la Clinique L._____. La Dresse Q._____ a dès lors considéré, sur la base du rapport médical du Dr G._____ du 26 mars 2018, que la situation médicale n'avait pas évolué depuis février 2002.

Compte tenu des conclusions de la Dresse Q._____, l'office intimé a donc proposé, en date du 1^{er} mai 2018, la réintroduction du

service de la rente à la date de sa suppression, proposition à laquelle la Cour de céans ne peut que se rallier.

5. Sur le vu de ce qui précède, le recours doit donc être admis et la décision attaquée annulée.

6. Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 19 octobre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Procap Suisse, Service juridique (pour Z. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :