

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 juillet 2019

---

Composition : M. NEU, président  
Mmes Di Ferro Demierre et Durussel, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à U.\_\_\_\_\_, recourante,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a al. 1 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Ressortissante helvétique, V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, célibataire, au bénéfice d'un diplôme d'études commerciales (voie secrétariat) décerné en 1984, a travaillé dès le 1<sup>er</sup> décembre 1984 en qualité d'assistante administrative pour le compte de la Banque O.\_\_\_\_\_. Elle a présenté une incapacité de travail totale depuis le 31 octobre 2012.

Souffrant d'un burn-out et d'une dépression, V.\_\_\_\_\_ a déposé, en date du 9 avril 2013, 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, l'office AI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, qui a posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. Tout en estimant que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle, il a indiqué que le pronostic pourrait être favorable à terme pour autant, d'une part, que sa patiente reprenne confiance en elle-même et, d'autre part, que la maladie psychique de sa mère se soit stabilisée (rapport du 16 juillet 2013).

Réinterpellé par l'office AI, le Dr H.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de V.\_\_\_\_\_ était lentement favorable depuis le mois de décembre 2013, même si elle restait cependant très renfermée sur elle-même et que l'évocation d'une reprise du travail engendrait des angoisses importantes. Estimant qu'une activité au sein du secteur bancaire restait la plus appropriée, il a relevé qu'une reprise progressive pouvait être envisagée, sans toutefois préciser depuis quand et à quel taux (rapport du 8 mai 2014).

Invité à se prononcer sur les pièces médicales au dossier, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de clarifier l'exigibilité (avis médical du 15 août 2014).

Mandaté par l'office AI pour procéder à l'expertise psychiatrique de V.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a déposé son rapport en date du 9 janvier 2016. Excluant tout diagnostic incapacitant, il a retenu pour seul diagnostic - sans répercussion sur la capacité de travail - celui de fluctuations anxio-dépressives mixtes légères. En l'absence de limitations significatives au plan psychique et mental, il a estimé que la capacité de travail était entière dès le jour de l'expertise tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, sans diminution de rendement.

Le 26 janvier 2016, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a déclaré qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr W.\_\_\_\_\_.

Par projet de décision du 2 mai 2016, l'office AI a informé V.\_\_\_\_\_ qu'il comptait lui allouer une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2013 au 30 avril 2016, sur la base d'un degré d'invalidité de 100%. A la lumière des renseignements médicaux au dossier, il a retenu que, à la fin du délai de carence d'une année, soit le 1<sup>er</sup> octobre 2013, l'assurée présentait une incapacité de travail et de gain de 100%. Toutefois, il résultait de l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ que son état de santé s'était amélioré et que, partant, sa capacité de travail pouvait être considérée comme entière en toute activité dès janvier 2016. Par conséquent, la rente était supprimée au 30 avril 2016, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'intéressée.

Le 9 mai 2016, V.\_\_\_\_\_ a fait part de son désaccord avec ce projet de décision en contestant l'amélioration de son état de santé. Elle a expliqué que la psychothérapie hebdomadaire suivie depuis cinq ans et le traitement médicamenteux prescrit avaient permis de juguler une dégradation de son état de santé, ce qui ne pouvait en aucun cas être

assimilé à une amélioration de celui-ci. Par ailleurs, elle a estimé que l'avis de l'expert - fondé sur deux entretiens - ne pouvait être comparé avec cinq ans de prise en charge psychiatrique. Elle a encore indiqué avoir été licenciée au 28 février 2015.

Après avoir pris connaissance du dossier constitué, V. \_\_\_\_\_ a confirmé, le 19 mai 2016, son opposition au projet de décision, réaffirmant que, contrairement à ce que l'office AI avait retenu, son état de santé ne s'était pas amélioré. Elle a relevé qu'elle s'employait à éviter qu'il ne se dégrade en se soumettant à une psychothérapie de soutien hebdomadaire associée à un traitement médicamenteux.

Le 30 mai 2016, le Dr J. \_\_\_\_\_ a constaté qu'aucune aggravation ni modification n'avait été évoquée par l'assurée sur le plan psychique depuis l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ du 9 janvier 2016, si bien qu'il maintenait sa position.

Le 20 janvier 2017, l'office AI a rendu une décision formelle entérinant l'octroi d'une rente d'invalidité, conformément à son projet du 2 mai 2016.

**B.**           **a)** Par acte du 10 février 2017, V. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en contestant présenter une capacité de travail de 100%. Elle a fait valoir qu'elle n'avait pas ressenti une grande amélioration de son état de santé et qu'elle restait très fragile. Des événements anodins (réception d'un courrier, remarque innocente) étaient susceptibles de provoquer une crise de panique pouvant tourner aux larmes, à la colère, au découragement, à l'apathie et à la prostration. Se sentant épuisée et sans perspective d'avenir, elle ne se voyait pas reprendre l'exercice d'une activité professionnelle à plein temps. Au surplus, elle faisait toujours l'objet d'un suivi psychiatrique auprès du Dr H. \_\_\_\_\_.

**b)** Dans sa réponse du 27 avril 2017, l'office AI a rappelé que la décision attaquée se fondait sur le rapport d'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_, qui remplissait les réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. L'assurée n'ayant amené aucun élément médical objectif qui aurait été ignoré lors de l'évaluation expertale, l'office AI a conclu au rejet du recours.

**c)** En réplique du 8 mai 2017, V.\_\_\_\_\_ a fait grief à l'office AI de ne pas prendre position sur les éléments avancés mais de se contenter de réponses laconiques, alors qu'elle était en proie à une grande souffrance morale, se disant persuadée d'être observée et écoutée.

**d)** Dupliquant en date du 30 mai 2017, l'office AI a relevé que la dernière écriture de l'assurée n'amenait pas de remarques particulières de sa part, si bien qu'il concluait derechef au rejet du recours.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). 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 ; BLV 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.** En l'occurrence, il s'agit de déterminer si c'est à juste titre que l'office AI a supprimé au 30 avril 2016 la rente entière d'invalidité servie à la recourante depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2013, au motif qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail en toute activité dès le mois de janvier 2016.

**3.** 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 (cf. 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 (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (cf. art. 6 LPGA).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre 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).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**4.** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. En 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique

en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et la jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 418 et 143 V 409).

**5. a)** Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

**b)** A teneur de 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 soit à craindre. A contrario, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement

est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable ; l'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie (art. 88a al. 2 RAI).

**6. a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C\_453/2017 & 9C\_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

**b)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance ou de l'expert (ATF 125 V 351

consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**7. a)** En l'espèce, la décision litigieuse se fonde sur le rapport d'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ du 9 janvier 2016. En l'absence de pathologies psychiatriques incapacitantes et compte tenu de l'évolution favorable de l'état de santé de la recourante, l'expert a considéré que sa capacité de travail était entière en toute activité dès le mois de janvier 2016. Il a justifié son point de vue en ces termes :

« Son mode de fonctionnement actuel est proche de la normalité, elle est capable de s'organiser elle-même dans sa journée, de s'occuper de ses besoins et de ceux de sa mère. Elle a du plaisir à sa manière et elle n'est dans aucun domaine véritablement démunie.

Sur le plan psychique, elle se disait améliorée, ceci a été confirmé par nos observations. Nous avons vu et décrit une femme très soignée, distinguée, retenue, observatrice, calme et reposée. Elle avait un langage élaboré, lent, posé, parfois pesant bien ses mots et expressions. Nous n'avons constaté aucun trouble cognitif, ni un trouble du cours de la pensée. Les thèmes sont trop abordés par elle spontanément, de sa mère et de sa vie à la Banque O.\_\_\_\_\_.

Sur le plan affectif, elle était très clairement en majeure partie euthymique, une fois ou l'autre affectée lorsqu'elle parlait des sujets pénibles pour elle, comme par exemple la dégradation des relations à « *ma banque* ». L'énergie vitale était bien présente, il y avait des ouvertures et plaisirs mentionnés. Elle était très légèrement anxieuse, moins dans la situation, davantage par rapport à l'avenir incertain.

Au niveau du fonctionnement et de sa personnalité, elle était plutôt défensive, pas prête à entrer dans des mises en question d'elle-même et de son mode de fonctionnement. Elle était évasive par rapport aux réflexions quant à son futur, n'excluant pas en soi une activité dans une banque, mais évoquant passablement de conditions. Il n'y a pas pour l'instant d'élaboration de projet alternatif. Dans l'ensemble, nous avons donc confirmé ici plutôt une attitude passive-attentiste.

Notons que la situation globale vient d'être améliorée avec le placement réussi de sa mère, ceci dans un cadre jugé par les deux personnes agréable, moderne et adéquat. Si on part de l'idée que l'assurée était avant très chargée par son engagement envers sa mère, elle est maintenant réellement déchargée et soulagée, autrement dit disponible pour d'autres activités.

En finalité, on peut donc conclure que le trouble de l'adaptation est en rémission et qu'il persiste une légère fluctuation anxio-dépressive mais qui n'interfère plus la capacité de travail. »

**b)** On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées du Dr W.\_\_\_\_\_, étant souligné que le

rapport d'expertise du 9 janvier 2016 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Ce rapport d'expertise est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par la recourante, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation et aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. On ajoutera que la recourante ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause la valeur ou le bien-fondé puisqu'elle se limite à faire part de son désaccord avec l'appréciation de l'expert quant à sa capacité de travail et à substituer sa propre vision des faits, sans faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente.

**c)** Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir, à l'instar de l'intimé, que l'état de santé de la recourante s'est effectivement amélioré à compter du mois de janvier 2016, l'incapacité totale de travail ayant pris fin à cette date aux dires de l'expert. Partant, l'intimé était légitimé à supprimer la rente entière d'invalidité servie à la recourante avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2016, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI.

**8.** Cela étant, le présent arrêt ne préjuge pas de l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante sur le plan psychiatrique, qui surviendrait postérieurement à la décision litigieuse. En tout état de cause, il est loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande de prestations fondée sur une aggravation médicalement attestée et documentée de son état de santé.

**9.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**10. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de

prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs.

**b)** La recourante n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 20 janvier 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de V.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Mme V. \_\_\_\_\_,
- 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 :