

# VD\_FINDINFO AI 531/09 - 429/2011 vom 20. September 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-09-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_531\\_09\\_-\\_429\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_531_09_-_429_2011)

FR: VD\_FINDINFO AI 531/09 - 429/2011 du 20 septembre 2011

IT: VD\_FINDINFO AI 531/09 - 429/2011 del 20 settembre 2011

## Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL}, ÉTAT DE SANTÉ | 28 LAI, 4 LAI, 17 LPGA

## Erwägungen

### E. 30

juin 2010 adressées à la Dresse K. \_\_\_\_\_, sa réponse du 11 août 2010, selon laquelle elle est entièrement persuadée de la sévérité de l'affection de son patient entraînant une incapacité de travail totale, ainsi qu'une attestation du Dr V. \_\_\_\_\_ du 6 décembre 2010. Il a enfin sollicité la fixation d'une audience. g) Dans sa détermination du 10 décembre 2010, l'intimé n'a formulé aucun commentaire particulier. E n d r o i t : 1. 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'AI (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Interjeté le 9 novembre 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), il est recevable. 2. En l'espèce, le litige, relatif au droit du recourant à une rente d'invalidité, porte sur l'atteinte à la santé et son incidence sur la capacité de travail et de gain, singulièrement sur le point de savoir si l'invalidité s'est modifiée de façon à influencer le droit à la prestation pendant la période entre la décision sur opposition du 26 mars 2008 et la décision litigieuse du 7 octobre 2009. a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 4 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; 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 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition 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 et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 3. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b; SVR 1996 IV no 70, p. 204 consid. 3a et les références; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 259). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2

décembre 2003 consid. 2, I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1). b) Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande ( ATF 109 V 114 consid. 2b, TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGa, si entre la dernière décision entrée en force qui repose 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 la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108, 130 V 75 consid. 3.2). 4. a) En l'occurrence, contrairement à ce que semble croire le recourant, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, déposée seulement quelques semaines après l'entrée en force de la décision de refus de rente. Ainsi, après avoir examiné le rapport médical du 18 décembre 2008 de la Dresse K. \_\_\_\_\_, le courrier du 19 septembre 2008, ainsi que le rapport médical du 4 mai 2009 de la Dresse R. \_\_\_\_\_, les rapports des 12 mars 2008 du Dr Q. \_\_\_\_\_, 12 février 2009 relative à une IRM cérébrale et 19 janvier 2009 relative à un examen neuropsychologique, ainsi que les avis médicaux des 9 octobre 2008 et 13 juillet 2009 du Dr L. \_\_\_\_\_ du SMR, l'intimé a considéré, par décision du 7 octobre 2009, que l'état de santé psychique de l'assuré ne s'était pas aggravé depuis la décision sur opposition du 26 mars 2008. Pour sa part, le recourant ne critique pas la décision sur opposition précitée, mais estime que dans l'intervalle, les circonstances ont changé, puisqu'il est question de maladies graves nécessitant des investigations, ainsi qu'un tableau de dépression grave et chronique auquel s'ajoute des symptômes psychotiques. Il y a dès lors lieu d'examiner si le degré d'invalidité s'est modifié au point d'influencer le droit aux prestations, en procédant à la comparaison des situations de fait existant au moment de la décision sur opposition du 26 mars 2008 et la décision litigieuse du 7 octobre 2009. La décision initiale est essentiellement basée sur le rapport d'expertise du 18 novembre 2004 du Dr D. \_\_\_\_\_, complété à la demande du SMR en date du 21 octobre 2005. L'expert avait exclu une symptomatologie dépressive et anxieuse moyenne ou sévère, un trouble majeur de la personnalité, ainsi que la présence de symptômes psychotiques, suspectant une évolution vers une névrose de rente. S'agissant de la symptomatologie douloureuse, l'expert la qualifiait d'hystérioriforme, ajoutant qu'elle était atypique tant par ses caractéristiques que sa localisation. b) Sur le plan neuropsychologique, l'examen effectué par le Prof. P. \_\_\_\_\_ le 19 janvier 2009 a mis en évidence une péjoration globale des fonctions cognitives, mais n'a pas permis d'en tirer des conclusions précises, en raison de discordances qualifiées d'importantes par la praticienne précitée dans les performances de l'examen. Quant à l'examen neurologique réalisé par le Dr Q. \_\_\_\_\_ le 12 mars 2008, ce dernier a conclu à un état psychotique, associé à des troubles de l'équilibre d'origine incertaine. Par la suite, la Dresse K. \_\_\_\_\_ a été en mesure d'écarter les maladies de Huntington et de Wilson (avis du SMR du 13 juillet 2009), évoquées dans un premier temps comme explication par le Dr Q. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, l'IRM cérébrale pratiquée le 12 février 2009 était normale, l'aspect étant en outre inchangé depuis 2003. La Dresse R. \_\_\_\_\_ a toutefois précisé que l'assuré présentait des troubles cognitifs marqués, l'handicapant même dans sa vie quotidienne avec un état de régression et de retrait social important (rapport du 19 septembre 2008), élément également mis en évidence par le Centre de réhabilitation de l'Hôpital de U. \_\_\_\_\_ qui a noté que le recourant éprouvait des difficultés à assumer ses

besoins de première nécessité (orientation dans le temps et dans l'espace, accès aux toilettes, communication avec autrui), ne donnant au demeurant pas l'impression d'être un simulateur (rapport d'observation du 7 juillet 2008). Sur le plan psychique, dans son rapport du 4 mai 2009, la Dresse R. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de modification durable de la personnalité après un accident professionnel (présent depuis 2003), d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (présent depuis 2006) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (présent depuis 2003). Ce faisant, la Dresse R. \_\_\_\_\_, compte tenu des indications subjectives de son patient, a confirmé les diagnostics de modification durable de la personnalité après un accident professionnel (présent depuis 2003) et d'épisode dépressif sévère qui avaient déjà été avancés par le Dr V. \_\_\_\_\_ en 2005 (rapport médical du 18 janvier 2005), ayant nécessité par la suite une hospitalisation en raison de symptômes psychotiques (rapport de la Dresse K. \_\_\_\_\_ du 13 novembre 2006) et la mise en place d'un réseau de soins important associant une assistante sociale de Y. \_\_\_\_\_, une infirmière en psychiatrie passant une fois par jour pour dispenser la médication et effectuer une évaluation de son état, un autre assistant social, une ergothérapeute de manière ponctuelle, ainsi que l'administration d'un traitement médicamenteux lourd et complexe. Au vu de ces éléments, une péjoration de l'état de santé du recourant n'est donc pas exclue. A cela s'ajoute que l'expertise psychiatrique du Dr D. \_\_\_\_\_ est trop ancienne pour déterminer si l'état de santé psychique de l'assuré peut toujours ou non s'expliquer par son attitude globale, comme l'avait retenu l'expert en 2004 (rapport d'expertise psychiatrique du 18 novembre 2004 et complément du 21 octobre 2005). 5. a) Dans ces conditions, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à savoir si l'état de santé de l'assuré s'est effectivement péjoré jusqu'à la date de la décision attaquée, au point d'entraîner une incapacité de travail et de gain durable pouvant, le cas échéant, ouvrir droit à une rente. L'instruction menée par l'intimé est insuffisante, compte tenu de l'ancienneté de l'expertise psychiatrique du recourant et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. b) Partant, le Tribunal de céans n'a pas d'autre alternative que d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise (art. 44 LPG), respectivement toute mesure utile au regard des affections présentées par le recourant, puis qu'il rende une nouvelle décision. 6. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPG, 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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure. b) Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPG), qu'il y a lieu de fixer à 1659 fr. 20 compte tenu des opérations nécessaires effectuées par son avocat (art. 7 al. 1 du Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales [TFJAS; RSV 173.36.5.2]), ce montant couvrant la somme réclamée par le Conseil de la recourante à titre d'indemnité AJ. Il n'y a dès lors pas lieu de fixer la rémunération de l'avocat d'office dans le cadre de l'assistance judiciaire.