

## **VD\_FINDINFO AI 74/10 - 286/2012 vom 3. August 2012**

VD Tribunal cantonal, 2012-08-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_74\\_10\\_-\\_286\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_74_10_-_286_2012)

FR: VD\_FINDINFO AI 74/10 - 286/2012 du 3 août 2012

IT: VD\_FINDINFO AI 74/10 - 286/2012 del 3 agosto 2012

### **Regeste**

NOUVELLE DEMANDE, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE},  
AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, MESURE  
D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE}, DÉCISION DE RENVOI | 28 LAI, 17  
LPGA, 43 LPGA, 44 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA - lequel reprend l'ancien art. 41 LAI, abrogé lors de l'en vigueur de la LPGA -, lorsque 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. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (cf. art. 87 al. 2 RAI [Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201] dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011; dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, cf. art. 87 al. 1 let. a et b RAI). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1; 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références).

L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, p. 351; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée). b) Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une

maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: l'assuré a le droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de 50% au moins, trois quarts de rente pour un taux de 60% au moins et une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins. En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative; selon cette disposition, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; 114 V 310, consid. 3c; 105 V 156, consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2). c) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire. Ainsi, selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait

appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. L'office AI dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si l'OAI estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, il doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément d'instruction (ATF 132 V 93; TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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 se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; 125 V 351, consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a; 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). 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). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au seul motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des 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; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

#### E. 4

a) En l'espèce, pour déterminer si le recourant a le droit à une rente d'invalidité, suite à sa nouvelle demande du 19 février 2008, il y a lieu de comparer les faits - en particulier la situation médicale - tels qu'ils se présentaient à l'époque de la dernière décision du 20 janvier 2004 avec ceux existants lors de la décision du 19 janvier 2010; la décision du 20 janvier 2004 est en effet la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente, avec constatation des faits pertinents, appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (cf. supra consid. 3a). b) Le litige porte en particulier sur le point de savoir si l'état de santé du recourant s'est péjoré, pendant cette période déterminante, dans le sens qu'il aurait développé une pathologie psychique de nature invalidante. Pour le recourant, en substance, les pièces au dossier montrent qu'il souffre d'une dépression sévère ancienne et chronifiée depuis 2003; subsidiairement, il requiert une instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise judiciaire, pour déterminer la nature, l'ampleur et la durabilité de ses atteintes psychiques. Quant à l'OAI, à la suite des différents rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de ses écritures, il a convenu qu'une instruction médicale complémentaire était nécessaire, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire rhumato-psychiatrique neutre, afin de déterminer si l'état de santé, en particulier psychique, du recourant s'était aggravé depuis l'examen médical effectué par le SMR le 1<sup>er</sup> avril 2009. Il préconisait notamment que les experts se prononcent sur le rapport d'examen du SMR du 7 avril 2009 et sur l'évolution de l'état de santé depuis lors. Les pièces médicales présentes au dossier sont contradictoires tant en ce qui concerne la nature que le début d'une éventuelle atteinte à la santé psychique du recourant. D'un côté, les divers rapports émanant du département de psychiatrie du [...] attestent de l'existence d'un trouble dépressif sévère, chronique, la situation se péjorant progressivement depuis 2003 et la capacité de travail du recourant étant ainsi nulle depuis 2003 (rapports médicaux du 5 octobre 2009 du Dr S. \_\_\_\_\_ et de Mme K. \_\_\_\_\_, ainsi que des 18 février 2010 et 21 juin 2010 du Dr T. \_\_\_\_\_ et de Mme K. \_\_\_\_\_); par ailleurs, dans leur rapport du 15 octobre 2007, les Drs H. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ de la consultation de psychiatrie de [...], indiquaient que le recourant souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère chronique, et que sa capacité de travail était nulle; le Dr T. \_\_\_\_\_ et Mme K. \_\_\_\_\_ ont de plus attesté d'une péjoration claire de l'état psychique du recourant à partir du début de sa prise en charge individuelle à la consultation de psychiatrie du [...], en août 2009. De l'autre côté, la Dresse O. \_\_\_\_\_ du SMR a retenu, dans son rapport médical du 7 avril 2009, le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, et considéré que la capacité de travail était totale d'un point de vue psychique. ba) En ce qui concerne le point de départ de l'éventuelle aggravation de l'état de santé, l'appréciation des médecins du service de psychiatrie du [...], selon laquelle le recourant présenterait un trouble dépressif sévère chronique depuis 2003, apparaît peu vraisemblable. En effet, outre qu'ils fixent ce point de départ en se basant uniquement sur les déclarations du recourant, ce dernier n'est suivi de manière régulière, au plan psychique, que depuis le mois de juin 2009 (d'abord dans le cadre d'une thérapie de groupe, puis à partir du mois d'août 2009 en thérapie individuelle). Au vu de ces éléments, on peut sérieusement douter de la fiabilité de leur appréciation s'agissant de l'évolution de l'état de santé du recourant depuis 2003. Quant au rapport du 15 octobre 2007 des Dr H. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, retenant l'existence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère chronique, ces médecins estimant par ailleurs nulle la capacité de travail du recourant, il est peu convainquant. En effet, d'une part, le caractère

récurrent du trouble ne peut être retenu, en l'absence d'un document médical attestant de l'existence d'antécédants psychiatriques avant ce diagnostic, comme l'ont expliqué les Dr W. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ du SMR dans leur avis médical du 10 mars 2009, ainsi que la Dresse O. \_\_\_\_\_ dans le rapport médical du 7 avril 2009. D'autre part, au sujet de la sévérité de l'état dépressif, les médecins du SMR ont expliqué que les symptômes mis en évidence par les Dr H. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ ne remplissaient pas les critères cliniques de la CIM-10 permettant de qualifier de sévère un épisode dépressif. Compte tenu de ces explications, on ne saurait se fonder sur le rapport des Dr H. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, qui contient trop d'imprécisions. Les médecins du SMR ont quant à eux retenu, dans leur rapport du 7 avril 2009, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans valeur invalidante. Cette appréciation emporte conviction. En effet, elle tient compte de l'anamnèse et des plaintes exprimées par le recourant et le diagnostic posé est motivé par une série d'observations cliniques: les médecins du SMR, après avoir constaté l'absence de symptômes signes d'atteintes psychiatriques graves (dépression majeure, anxiété généralisée, agoraphobie, phobie sociale, etc.), ont relevé la présence de quelques traits dépressifs discrets et noté que l'assuré était démonstratif, présentait une amplification verbale, ainsi que des plaintes somatiques accompagnées d'un sentiment de désarroi. Il résulte de ce qui précède que, s'agissant de la période antérieure au 1 er avril 2009, date de l'examen clinique et rhumatologique effectué par le SMR, l'existence d'une modification importante de l'état de santé psychique du recourant, susceptible d'avoir une influence sur son droit à la rente, n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. bb) Toutefois, en ce qui concerne la période postérieure à cet examen, les spécialistes du service de psychiatrie du \_\_\_\_\_, en particulier le Dr T. \_\_\_\_\_ et la psychologue T. \_\_\_\_\_, ont clairement observé une péjoration de l'état psychique du recourant, depuis le début de son suivi individuel régulier (au mois d'août 2009); ils ont en effet attesté que ce dernier présentait de plus en plus de signes inquiétants, tels un isolement social presque complet, une cessation presque totale des quelques activités qu'il pratiquait encore jusqu'alors, un détachement affectif de plus en plus présent, un désintérêt pour ses proches, ainsi que l'occurrence de plus en plus régulière d'idées suicidaires avec scénarios de passages à l'acte (cf. leur rapport du 18 février 2010 et ainsi que le rapport du 5 octobre 2009 du Dr S. \_\_\_\_\_ et de la psychologue K. \_\_\_\_\_). Sur la base de ces éléments, il apparaît vraisemblable que l'état de santé du recourant se soit péjoré au point d'influencer sa capacité de travail; cependant, sur ce dernier point, on ne peut suivre ces praticiens qui estiment que le recourant présente une incapacité de travail totale depuis 2003, pour les motifs qui précèdent (supra, consid. 4 b/ba). Quant à leur dernière appréciation, selon laquelle le recourant se trouverait en incapacité totale de travailler depuis 1997 déjà, en raison d'un trouble somatoforme douloureux (cf. le rapport médical du 29 septembre 2010 du Dr P. \_\_\_\_\_ et la psychologue K. \_\_\_\_\_), elle ne peut être retenue, car la présence d'un tel trouble a été écarté de manière convaincante par le SMR dans le rapport médical du 7 avril 2009. Il s'ensuit que, comme l'intimé l'a du reste admis, des éléments importants permettent de soutenir que, depuis le mois d'avril 2009 - soit avant la date de la décision litigieuse - , l'état de santé psychique du recourant s'est aggravé au point d'influencer sa capacité de travail, de sorte qu'un complément d'instruction s'avère nécessaire sur ce point.

## **E. 5**

Reste à examiner sous quelle forme ce complément d'instruction doit intervenir. a) Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: il peut soit renvoyer la cause à l'assureur pour

complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va autrement lorsqu'un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'espèce, malgré la production par le recourant du rapport du 5 octobre 2009 du Dr S. \_\_\_\_\_ et de Mme K. \_\_\_\_\_, attestant de son suivi régulier dans un service psychiatrique depuis plusieurs mois et de la présence de symptômes inquiétants, l'OAI n'a pas jugé nécessaire d'instruire plus avant sur ces éléments avant de rendre sa décision; il s'est limité à suivre l'avis du SMR (du 6 janvier 2010) concluant qu'un examen complémentaire n'était pas nécessaire, alors que cet avis ne contenait pas d'analyse sérieuse de ces nouveaux éléments. Dans ces circonstances, on doit considérer que l'OAI a établi les faits de façon sommaire, de sorte qu'il y a lieu de lui renvoyer le dossier pour qu'il mette en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPG. Par ailleurs, le renvoi se justifie également compte tenu du dépôt d'une nouvelle demande de prestations AI et de l'ampleur de l'instruction complémentaire nécessaire.

## **E. 6**

a) Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, est admis. La décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise rhumatologique et psychiatrique, telle que préconisée par l'OAI, conformément à l'art. 44 LPG. b) Des frais judiciaires à hauteur de 400 francs sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). Obtenant gain de cause, le recourant a le droit à des dépens, fixés, compte tenu de l'importance de la cause et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPG et art. 55 LPA-VD), à 2'000 francs (deux mille francs) et mis à la charge de l'OAI (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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