

## **VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 765 vom 10. Januar 2013**

VD Tribunal cantonal, 2013-01-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2012\\_\\_765](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__765)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 765 du 10 janvier 2013

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 765 del 10 gennaio 2013

### **Regeste**

AI{ASSURANCE}, NOUVELLE DEMANDE, REFUS D'ENTRER EN MATIÈRE SUR CERTAINS GRIEFS | 28 LAI, 4 LAI, 7 LPGA, 8 LPGA, 87 al. 3 RAI, 87 al. 4 RAI

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

août 2006 par le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 8 août suivant, ce dernier n'a pas retenu d'affection incapacitante, mais a en revanche mentionné des atteintes dépourvues d'impact sur la capacité de travail, à savoir un majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) depuis 1999, et un trouble de la personnalité histrionique (F60.4) depuis l'adolescence. Cela étant, l'expert a considéré que l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique. Par avis médical SMR du 6 octobre 2006, le Dr R.\_\_\_\_\_ a retenu qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux dans le sens d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. En date du 29 novembre 2006, l'OAI a adressé à l'intéressé un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations, considérant que, médicalement, ce dernier présentait toujours une capacité de travail entière dans des activités adaptées. L'office a en particulier relevé que l'expertise psychiatrique du 2 août 2006 n'avait mis en lumière aucune atteinte à la santé psychique incapacitante ni aucun trouble somatoforme douloureux persistant, et que les autres éléments médicaux somatiques n'étaient pas de nature à se répercuter sur la capacité de travail dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles. L'assuré a contesté ce projet le 7 décembre 2006. Dans ce cadre, il a produit un rapport du 12 octobre 2006 du Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, signalant une surdité avec acouphène à droite depuis plus de dix ans et, plus récemment, un acouphène à gauche. Par décision du 31 janvier 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré pour les motifs exposés dans son projet du 29 novembre 2006. Le 7 mars 2008, l'intéressé a déféré l'affaire par-devant le TASS. Dans ce contexte, il s'est en particulier prévalu d'un rapport d'expertise établi le 18 avril 2008 par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Aux termes de ce rapport, ce médecin posait les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de personnalité fruste (Z73.1), et indiquait que les troubles psychiques de l'assuré l'empêchaient complètement d'exercer une activité lucrative à l'heure actuelle, respectivement que la capacité résiduelle de travail était nulle compte tenu de l'affection rhumatologique, de l'atteinte psychiatrique et des faibles ressources intellectuelles de l'intéressé. Par jugement du 18 août 2008 (AI 137/08), la Présidente du TASS a considéré qu'il n'était pas possible de statuer en l'état compte tenu de la discordance entre les avis respectifs des Drs Y.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, et a par conséquent admis le recours de l'assuré, annulé la décision attaquée et renvoyé le dossier de la cause à l'OAI afin que

celui-ci en complète l'instruction par une expertise psychiatrique puis rende une nouvelle décision. A la suite de ce jugement, l'OAI a mandaté la Dresse L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans le but d'effectuer une expertise psychiatrique sur la personne de l'assuré. Après avoir examiné l'intéressé en date du 24 novembre 2008 avec le concours d'un interprète de langue albanaise, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a notamment fait état de ce qui suit dans son rapport du 4 décembre 2008 : " A. QUESTIONS CLINIQUES [...]

### **E. 2.1**

Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires. adaptation du poste de travail) Oui, en particulier si l'on peut améliorer la thymie et agir conjointement sur le seuil douloureux en introduisant soit un traitement de duloxétine (Cymbalta) ou de venlafaxine (Eflexor) ou en augmentant la dose de sertraline. Des dosages sériques sont indiqués en fonction de la clinique. Au vu de la personnalité fruste et des capacités d'introspection pauvres, un traitement psychothérapeutique ne se justifie pas.

### **E. 2.2**

A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ? Pour autant que ces mesures soient appliquées, la capacité de travail devrait être entière. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré? 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? Oui, d'autres activités simples sont exigibles de la part de l'assuré, pour autant qu'elles s'exercent à 75 %. 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ? L'activité adaptée peut être exercée à raison de 6 ½ heures par jour. 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure ? Dans le cadre d'une activité à 75 %, pas de diminution du rendement. [...]" Par avis médical SMR du 28 janvier 2009, le Dr M. \_\_\_\_\_ s'est rallié à l'appréciation médicale de la Dresse L. \_\_\_\_\_. Relevant toutefois que l'exigibilité en cas de syndrome douloureux somatoforme était définie selon des critères juridiques, le Dr M. \_\_\_\_\_ a précisé qu'il laissait le soin aux juristes de l'OAI de déterminer si, dans le cas particulier, le trouble somatoforme douloureux avec épisode dépressif léger sans syndrome somatique justifiait une incapacité de travail. En date du 24 juin 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations AI. Il a considéré en substance que le trouble somatoforme douloureux dont ce dernier souffrait ne se manifestait pas avec une sévérité telle qu'il entraînait une incapacité de travail au sens de la jurisprudence. En particulier, se référant aux réquisits jurisprudentiels développés dans ce domaine, l'office a relevé que l'épisode dépressif léger sans syndrome somatique diagnostiqué par la Dresse L. \_\_\_\_\_ n'avait pas valeur de comorbidité psychiatrique, et qu'en outre l'intéressé ne réunissait pas plusieurs critères de gravité susceptibles de fonder un pronostic défavorable quant à l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Considérant que l'assuré présentait donc une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique, l'office a procédé à une évaluation théorique du préjudice économique. Dans ce cadre, il a estimé que la comparaison des revenus sans et avec invalidité (de respectivement 52'800 fr. et 56'717 fr.) mettait en évidence une perte de gain nulle et, partant, un degré d'invalidité de 0%. Faisant part de ses objections le 31 août 2009, l'assuré a pris acte de ce que l'expert psychiatre ne retenait qu'un épisode dépressif léger et que cette atteinte n'était pas suffisante pour que son trouble somatoforme douloureux soit considéré comme invalidant. Il a toutefois critiqué le fait que ses troubles somatiques n'aient pas été plus largement pris en compte. A ce propos, il s'est référé à un rapport d'IRM lombaire établi le 11 août 2009 par le Dr Q. \_\_\_\_\_,

radiologue, concluant à une volumineuse hernie discale L4-L5 de localisation médiane et paramédiane droite légèrement luxée vers le bas, à une volumineuse hernie discale L5-S1 de localisation paramédiane et intra-foraminale gauche avec diminution des diamètres du canal lombaire sur les deux derniers espaces expliquée par une arthrose postérieure et par la discopathie, et à une fusion des corps vertébraux D12-L1 sur une ancienne spondylosthésis sans atteinte au niveau du canal lombaire. Le 2 septembre 2009, l'assuré a versé en cause un rapport du 20 août 2009 de la Dresse T. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie. Cette dernière y relevait que l'IRM lombaire du 11 août 2009 avait mis en lumière une hernie discale L4-L5 de localisation quasi médiane mais de taille relativement volumineuse, et que l'intéressé – qui s'était déjà vu diagnostiquer une hernie discale L5-S1 en 2005 – avait décidé de poursuivre le traitement antalgique par prise en charge semi-invasive plutôt que de subir une cure chirurgicale. Par envoi du 2 octobre 2009, l'assuré a produit divers documents dont une traduction en langue française d'un rapport médical établi le 16 septembre 2009 par le Dr F. \_\_\_\_\_, de la Polyclinique de neurologie et psychiatrie de [...] (Kosovo), mentionnant les diagnostics de « Status post spondylosthesis tuberc. D12-L1 », « Discus Hernia L4-L5 », « Depressio » et « Syndroma Psychosomaticum », précisant qu'il y avait lieu de poursuivre le traitement des troubles psychiques, et estimant que la capacité de travail sous l'angle psychiatrique était réduite à 75%. Par avis médical SMR du 29 octobre 2009, le Dr M. \_\_\_\_\_ a observé que les problèmes lombaires signalés par les Drs Q. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ avaient été pris en compte dans le rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr P. \_\_\_\_\_ du 28 avril [recte : 7 mai] 2003, que ce médecin avait à l'époque clairement défini les limitations fonctionnelles et admis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, et que les nouveaux rapports médicaux ne faisaient pas état de faits nouveaux de nature à modifier les limitations fonctionnelles ni l'exigibilité dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, le Dr M. \_\_\_\_\_ a relevé que le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ ne mentionnait aucun élément nouveau et concluait à la même capacité de travail que l'experte L. \_\_\_\_\_, de sorte que sous cet angle non plus il n'y avait pas matière à revenir sur les conclusions médicales du SMR. Par décision du 5 novembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 24 juin précédent. Dans une lettre explicative du même jour, l'office a repris les motifs exposés dans l'avis du Dr M. \_\_\_\_\_ du 29 octobre 2009 pour retenir que les rapports des Drs Q. \_\_\_\_\_, T. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ne justifiaient aucune modification de l'appréciation sous l'angle médical. N'ayant pas fait l'objet d'un recours, la décision du 5 novembre 2009 est entrée en force. C. Dans un courrier du 27 septembre 2010 adressé à l'OAI, le Dr W. \_\_\_\_\_ a signalé que l'assuré présentait actuellement un écoulement sur son tibia proximal gauche, dû à une ostéite. Il a ajouté qu'il était en outre illusoire d'imaginer que l'intéressé puisse retrouver un quelconque emploi compte tenu de ses douleurs lombaires, de ses troubles oculaires et auditifs, de ses céphalées persistantes, ainsi que de la longue durée de son incapacité. Cela étant, ce médecin a conclu à une aggravation de l'état de santé de son patient. Par écrit du 14 octobre 2010, l'assuré, représenté par Me Aba Neeman, a déposé une nouvelle demande de prestations AI au motif que sa situation s'était aggravée. A ce propos, se référant au rapport précité du Dr W. \_\_\_\_\_, il a allégué que de nombreuses atteintes somatiques s'ajoutaient à ses troubles psychiques. Le 22 novembre 2010, l'assuré a transmis à l'OAI une nouvelle traduction du rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 16 septembre 2009, aux conclusions en substance similaires à celles de la première version. Par avis médical SMR du 10 février 2011, le Dr K. \_\_\_\_\_ a relevé, s'agissant de l'écoulement au niveau du tibia gauche évoqué par le Dr W. \_\_\_\_\_, qu'il ressortait déjà du dossier que l'assuré avait contracté

une ostéomyélite durant l'enfance, cette affection étant notamment décrite dans le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 22 novembre 2004. Il a ajouté que les troubles oculaires, les douleurs lombaires, les troubles auditifs et les céphalées de l'intéressé avaient été pris en compte dans le cadre des procédures antérieures. Dans ces conditions, le Dr K. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait ni fait nouveau, ni aggravation durable de l'état de santé de l'assuré, si bien que la position de ce service demeurerait inchangée depuis le précédent avis émis le 29 octobre 2009. En date du 18 février 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, dans la mesure où il n'avait pas été rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 5 novembre 2009. Par envoi du 5 avril 2011, l'intéressé a transmis à l'OAI un rapport rédigé le 28 juin 2010 par le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce dernier y relevait que l'assuré avait eu un accident à l'âge de 18 ans au niveau du tibia proximal à gauche, qu'il avait été traité par une opération compliquée d'une infection, et qu'il gardait depuis des douleurs au niveau de la jambe gauche avec une formation cutanée qui présentait par épisodes des écoulements parfois séreux, parfois purulents. Le Dr I. \_\_\_\_\_ précisait encore qu'une radiographie effectuée le 25 juin précédent confirmait la présence d'un séquestre au niveau du tibia proximal, que le patient s'était vu expliquer l'intervention chirurgicale qui permettrait d'éradiquer ses écoulements répétitifs, qu'il avait cependant refusé ce traitement et qu'il allait s'adresser à son chirurgien pour ses douleurs lombaires. Par écrit du 31 mai 2011 rédigé par son conseil, l'intéressé a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision du 18 février 2011. Il a allégué que le rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 27 septembre 2010 devait l'emporter sur l'avis sommaire du Dr K. \_\_\_\_\_ du 10 février 2011, et a soutenu qu'il serait judicieux de procéder à des nouveaux examens dès lors que l'expertise rhumatologique dont il avait fait l'objet remontait à plus de neuf ans. Il a ajouté que son état de santé psychique s'était nettement péjoré depuis l'expertise psychiatrique de la Dresse L. \_\_\_\_\_, et qu'il souffrait désormais d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble de la personnalité, diagnostics qu'avait confirmés la Dresse B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui le suivait depuis quelques semaines. Le 20 août 2011, l'assuré a produit un rapport du 10 août 2011 émanant de la Dresse B. \_\_\_\_\_ et mentionnant notamment ce qui suit : "

Question 1 : Monsieur Z. \_\_\_\_\_ est-il atteint d'une pathologie psychiatrique ? Réponse : OUI. Diagnostic : - Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique. Code F32.11 - Autres modifications durables de la personnalité Code E / F 62.8

Question 2 : M. Z. \_\_\_\_\_ présente-t-il des troubles psychiques ou névrotiques ou des troubles du comportement ? Réponse : Oui, ce patient souffre de troubles psychiatriques (névrotiques), d'un trouble dépressif récurrent ou/et chronique, probablement lié à un effondrement narcissique suite à la perte de ses capacités à gagner de l'argent et à la perte du rôle patriarcal (en tant que père de famille mais aussi en tant que frère et donc par rapport au reste de la famille au pays d'origine). Le 2<sup>ème</sup> diagnostic, donc les modifications durables de la personnalité, est retenu en tenant compte des critères de CIM 10, comme un trouble durable de la personnalité après des expériences tels un syndrome algique chronique ou [...] une modification durable de la personnalité après un deuil. Les symptômes que le patient présente sont évidemment liés à la souffrance provoquée par ses multiples pathologies physiques et les éléments cliniques sur le plan psychiatrique sont : - Une dépendance excessive et une attitude exigeante envers autrui, la conviction d'avoir été marqué et transformé par la maladie ou de ne plus pouvoir entretenir des relations personnelles étroites et confiantes. - Une passivité et une réduction des intérêts et un moindre

engagement dans les activités de loisir. - Une humeur dysphorique ou labile induite un trouble mental actuel ou un syndrome affectif résiduel d'un syndrome mental antérieur, ainsi qu'une altération significative du fonctionnement social et professionnel. [...]

Question 3 : Si oui, comment ces atteintes ont-elles évolué ces dernières années ? Réponse : l'évolution a été défavorable chez ce patient qui a présenté au départ, sur le plan psychiatrique, un état dépressif probablement réactionnel à la diminution de son état de santé physique et à un syndrome douloureux somatoforme persistant mentionné depuis au moins 2004. En revanche, la modification durable de la personnalité peut être comprise en tenant compte, en plus de la souffrance mentionnée, des expériences émotionnelles subjectives (il a quand même vécu la crainte de perdre sa famille pendant la guerre ; d'ailleurs la maison familiale a été brûlée) expériences émotionnelles qui s'ajoutent chez une personnalité intérieure fruste. Question 4 : Les troubles sont-ils de nature à empêcher toute activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité partielle ou totale de travail ? Réponse : sur le plan psychiatrique, présence d'une diminution des capacités de travail d'au moins 50% avec une diminution du rendement à 50 %. En conclusion : la capacité résiduelle de travail se situe aux alentours de 25 %. Question

### **E. 2.3**

L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Sur le plan psychique, l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à raison de 6 ½ heures par jour.

### **E. 2.4**

Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure ? Sur le plan psychique, dans une activité à 75 %, pas de diminution du rendement.

### **E. 2.5**

Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Incapacité de travail de 20 % au moins depuis fin 2006 (cf. Appréciation du cas et pronostic).

### **E. 2.6**

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Sur le plan psychiatrique, depuis fin 2006, le degré d'incapacité de travail est globalement de 25 % (cf. Appréciation du cas et pronostic). 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Malgré les troubles psychiques, M. Z. \_\_\_\_\_ est en mesure de s'adapter à un environnement professionnel pour autant qu'il exerce une activité à 75 %. C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE [...] 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

## **E. 4**

Diagnostics Selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM- 10)

### **E. 4.1**

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? • Episode dépressif léger sans syndrome somatique F32.00, présent depuis fin 2006. • Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4, présent depuis 2004.

#### **E. 4.2**

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? •  
Syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue F 17.25, présent depuis 1998.

#### **E. 5**

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. b)  
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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de le recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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