

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 954 vom 24. Oktober 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-10-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2016\\_\\_954](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__954)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 954 du 24 octobre 2016

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 954 del 24 ottobre 2016

## Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, DÉCISION DE RENVOI, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

## Erwägungen

### E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_193/2012 du 26 juillet 2012). c) le litige porte sur le droit du recourant à se voir octroyer une rente d'invalidité sans limite dans le temps. L'intimé a en effet admis qu'il avait droit à  $\frac{3}{4}$  de rente du 1<sup>er</sup> octobre 2011 au 1<sup>er</sup> mars 2012 en raison d'une incapacité de gain de 60 %, alors que le recourant prétend ab initio à une rente entière.

### E. 3

Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (notamment TF 9C\_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2, 8C\_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2 et 8C\_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3). L'art. 17 LPGA prévoit que, 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 (al. 1). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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 et 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 491/2003 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).

#### **E. 4**

a) L'invalidité se définit comme 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 LAI). L'incapacité de gain consiste en 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 se définit 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 (art.

#### **E. 6**

a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : 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 cependant autrement quand 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 (cf. 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 (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a 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 (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, il apparaît que l'OAI, qui admet une aggravation de l'état de santé du recourant, dont on peine à comprendre quelle en est l'origine retenue (celle relevée par le Dr S. \_\_\_\_\_ le 31 mars 2014 ou par le Dr L. \_\_\_\_\_ le 6 mai 2015), devrait de toute façon pour cette raison déjà mettre en œuvre une expertise afin de déterminer la date à laquelle cette aggravation est survenue. Admettant de surcroît l'existence probable d'un trouble somatoforme douloureux, l'intimé n'a jamais eu l'occasion d'instruire ce point mis en évidence par le dernier psychiatre traitant du recourant, ni d'ailleurs les diagnostics de syndrome post-commotionnel et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Il a au demeurant statué sur la base de rapports médicaux rapportés du dossier de la CNA (rapport de la Clinique P. \_\_\_\_\_ du 7 décembre 2011) dont les critères d'évaluation de l'invalidité ne sont pas forcément superposables aux siens propres. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, cette solution apparaissant comme la plus opportune en l'espèce. Il y a donc lieu de renvoyer l'affaire à

l'intimé pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (axée notamment sur les domaines rhumatologique, psychiatrique et neuropsychiatrique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts) au sens de l'art. 44 LPGA, puis qu'il procède aux mesures d'investigation adéquates aux fins de déterminer le rendement de l'assuré dans l'activité habituelle ou dans une éventuelle activité adaptée. Il appartiendra ensuite à l'OAI, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision.

#### **E. 7**

a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. 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 judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter ces derniers à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2500 fr. à la charge de l'OAI.

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