

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 273 vom 9. Mai 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-05-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2023\\_\\_273](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__273)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 273 du 9 mai 2023

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 273 del 9 maggio 2023

## Regeste

AI{ASSURANCE}, NOUVELLE DEMANDE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, REJET DE LA DEMANDE | 28 al. 1 LAI, 29 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

## Erwägungen

### E. 3

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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. b) L'assuré a droit à une rente si 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, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18 e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue

plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui 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. d) 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

#### **E. 4**

a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations

fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

## E. 5

a) En l'espèce, l'intimé statuait sur la troisième demande du recourant. Lors de la première procédure, l'instruction a porté principalement sur les douleurs dorsales dont souffrait l'intéressé. Sur la base des avis médicaux réunis par l'assureur-accidents ainsi que sur les rapports des différents spécialistes consultés par le recourant en lien avec ses douleurs dorsales, apparues lors de son accident professionnel, il a été retenu que les lombosciatalgies rendaient inexigible l'activité habituelle d'ouvrier, mais que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques. L'existence d'une atteinte incapacitante d'ordre psychique a par ailleurs été écartée, dès lors qu'une évaluation psychiatrique effectuée lors du séjour à la K. \_\_\_\_\_ s'était révélée négative et qu'une telle atteinte était uniquement évoquée par le médecin généraliste traitant du recourant, sans qu'aucun spécialiste n'ait été consulté à cet égard. Les pièces médicales réunies dans le cadre de l'instruction de la deuxième demande de prestation n'ont donné aucun indice en faveur d'une aggravation de l'état de santé somatique depuis la première décision de refus de prestations. En revanche, compte tenu de la psychothérapie suivie depuis environ une année, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre. Celle-ci a toutefois réfuté le caractère incapacitant de l'état dépressif présenté par le recourant. La troisième demande faisait état d'une nouvelle atteinte somatique, à savoir un cancer de la gorge récemment diagnostiqué. L'OAI est entré en matière, mais a considéré qu'aucune aggravation durable de l'état de santé susceptible de modifier le droit à la rente ne ressortait des rapports médicaux des médecins traitants, en se fondant sur l'analyse opérée par le SMR. b) Sur le plan somatique, la médecin généraliste traitante du recourant a indiqué que la capacité de travail de son patient était nulle dans toute activité depuis 2001. Elle n'a cependant pas explicité les raisons pour lesquelles elle attestait une telle incapacité de travail, se limitant à la mettre en lien avec les atteintes lombaires et psychique, ainsi que le cancer des cordes vocales récemment diagnostiqué. Les remarques de la Dre P. \_\_\_\_\_ ne permettent ainsi pas d'objectiver une aggravation de l'état de santé somatique du recourant, alors qu'il a été retenu dès la première demande de prestations qu'il présentait une capacité de travail préservée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis. S'agissant du cancer des cordes vocales, découvert en début d'année 2020, les rapports médicaux versés au dossier montrent que cette atteinte a fait l'objet d'une prise en charge immédiate par les équipes spécialisées du J. \_\_\_\_\_ et que le traitement a pris fin en juin 2020. En novembre 2020, il était constaté une rémission complète et des symptômes résiduels de faible intensité. Etant relevé que les médecins du J. \_\_\_\_\_ ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail du recourant dans le contexte oncologique, il faut constater que les conclusions du SMR, dans le sens d'une incapacité de travail limitée à la période comprise entre le début de la prise en charge médicale du cancer jusqu'au constat de la rémission, sont convaincantes et qu'elles ne sont d'ailleurs pas formellement contredites par le recourant ou par la Dre P. \_\_\_\_\_. Pour les douleurs lombaires, la Dre P. \_\_\_\_\_ évoque des douleurs présentes depuis 2001, soit depuis l'accident. Les status décrits dans ses rapports des 21 septembre, 16 décembre 2020 et 7 juin 2021 sont toutefois superposables à ceux figurant dans le rapport établi le 25 février 2014 par le Dr X. \_\_\_\_\_ à l'attention de la Q. \_\_\_\_\_ et précédemment déjà dans le rapport final de la K. \_\_\_\_\_ du 2 novembre 2001. C'est donc à juste titre que le SMR n'a vu aucun

signe d'aggravation de la situation par rapport à la précédente décision, ce que le recourant a finalement admis dans sa dernière écriture. c) Du point de vue psychique, la Dre R. \_\_\_\_\_ a exposé dans son rapport du 10 octobre 2020 que le recourant avait connu en 2018 deux intervalles sans symptômes dépressifs, ce qui allait dans le sens d'un trouble dépressif récurrent, et a précisé que son patient connaissait un épisode sévère depuis lors. Elle ne relevait cependant pas de changement dans la situation personnelle du recourant, à l'exception de la mise en évidence du cancer des cordes vocales. Dans son rapport du 15 janvier 2021, la psychiatre traitante a évoqué une péjoration des symptômes anxieux, en lien avec le status somatique. Invitée par le SMR à donner certaines précisions, la Dre R. \_\_\_\_\_ a décrit le status comme suit : « humeur labile, irritabilité, ralentissement psychomoteur, mimique pauvre, anxiété quasi chronique, perte d'estime et de confiance en soi, perte de confiance envers autrui, difficulté de mémoire de rappel et à court terme, concentration d'environ 30-45 min durant entretien puis fatigue psychique s'installe avec péjoration de l'anxiété, retrait social », en précisant que ce dernier symptôme était mineur puisque le patient pouvait compter sur ses proches et faire appel à eux. Par ailleurs, si elle n'a pas donné d'informations précises sur la journée-type de son patient, elle a néanmoins évoqué un déroulement perturbé par les troubles du sommeil, avec peu d'activités à part des promenades de courte durée avec ses proches. Or ces différents éléments sont relativement superposables à ceux que l'expert B. \_\_\_\_\_ notait dans son rapport du 10 novembre 2017. Sur la vie quotidienne, il relevait en particulier que le recourant dormait peu la nuit et faisait plusieurs promenades dans la journée, qu'il avait peu d'amis, qu'il participait peu à la tenue du ménage surtout par habitude culturelle et que ses plaintes étaient essentiellement liées à ses problèmes et limitations physiques. Au status clinique, l'expert avait constaté durant l'entretien que la concentration, l'attention, la compréhension et la mémoire étaient « grossièrement préservées » avec toutefois des troubles subjectifs de la mémoire de travail. Dans la lignée dépressive, l'expert avait noté un moral décrit comme bas, sans ralentissement psychomoteur, une humeur fluctuante, des ruminations concernant l'avenir et la situation financière, une hypoboulie et une anhédonie partielles, un retrait social modéré en lien avec une mauvaise estime de soi et un manque de confiance en soi, un sentiment occasionnel que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, un sommeil perturbé avec réveil précoce associé aux douleurs au dos et une libido diminuée (cf. ch. I/2 à 5 et ch. II/1, pp. 7s. du rapport d'expertise du 10 novembre 2017). Il convient par ailleurs de relever que, dans ses différents rapports, la Dre R. \_\_\_\_\_ ne se positionne pas clairement sur la capacité de travail de son patient en lien avec sa seule atteinte psychique. Dans sa réponse du 18 avril 2021 aux questions complémentaires du SMR, la psychiatre traitante a indiqué que la capacité de travail était nulle depuis 2001, sans autre explication. Elle a ajouté que son patient accepterait « sans hésiter » une réadaptation si sa santé tant psychique que somatique le lui permettait. Le rapport du 10 octobre 2020 allait dans le même sens. Ces différentes remarques laissent penser que la Dre R. \_\_\_\_\_ n'a pas dissocié les problématiques physique et psychique pour évaluer la capacité de travail, ni tenu compte d'une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre somatique et psychique. Elle ne s'est par ailleurs pas positionnée sur les conclusions de l'expertise psychiatrique de novembre 2017, bien qu'elles divergent passablement des siennes sur la capacité de travail. Les écrits de la psychiatre traitante des 15 janvier et 1 er juin 2021 ne contiennent aucune indication supplémentaire sur l'évaluation de la capacité de travail. Quant au rapport du 10 août 2021, il n'est pas plus précis, sauf à confirmer que les symptômes anxieux et dépressifs sont restés relativement stables depuis le début du

suivi, en novembre 2014. Dans sa dernière écriture, le recourant a fait valoir que son état psychique devait faire l'objet d'une investigation complémentaire, nonobstant l'absence d'indice découlant des rapports de sa psychiatre traitante, au motif que ses rendez-vous avec celle-ci se déroulaient sans l'aide d'un interprète. Il a fait valoir à cet égard que son niveau de français était insuffisant pour pouvoir s'exprimer clairement avec sa psychothérapeute, de sorte que celle-ci ne pouvait pas se faire une idée réelle de sa situation psychique. Cette argumentation paraît contradictoire et semble uniquement l'opinion du mandataire du recourant de l'époque. Il paraît en effet inimaginable que, depuis novembre 2014, tant le recourant que la Dre R. \_\_\_\_\_ aient pu se satisfaire d'entretiens pénalisés par des connaissances linguistiques insuffisantes alors qu'un service d'interprétariat existe dans le canton de Vaud (cf. [www.appartenances.ch](http://www.appartenances.ch), rubrique Activités / Interprétariat communautaire). Par ailleurs, il convient de relever qu'au moment de l'expertise psychiatrique de novembre 2017, l'expert a noté que le recourant avait demandé la présence d'une interprète au cours de l'entretien par crainte de ne pas comprendre toutes les questions, mais qu'il semblait bien comprendre le français (ch. II/1, p. 8 du rapport d'expertise psychiatrique du 10 novembre 2017). Cette remarque de l'expert indique non seulement que le recourant dispose de connaissances suffisantes en français pour échanger avec son thérapeute, mais également qu'il sait que l'aide d'un interprète peut être sollicitée en cas de besoin. L'hypothèse que les rapports médicaux de la psychiatre traitante seraient insuffisamment probants en raison de difficultés de compréhension mutuelle avec le recourant peut donc être écartée. En conséquence, il faut constater que le SMR a procédé à une analyse objective des rapports établis par la psychiatre traitante et qu'il peut être suivi lorsqu'il conclut qu'aucune aggravation de l'état de santé psychique depuis l'expertise de novembre 2017 n'est établie. L'intimé était donc fondé à rejeter la troisième demande de prestations au motif que l'état de santé du recourant n'avait pas durablement connu de modification notable depuis sa décision du 31 janvier 2018.

## **E. 6**

Le recourant a fait valoir dans sa dernière écriture qu'une expertise psychiatrique devait être mise en œuvre afin de compléter l'instruction de sa demande de prestations. Comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

## **E. 7**

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.  
b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a renoncé à l'assistance d'un mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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