

# **VD\_GERICHTE ZD11.010021 vom 13. März 2013**

VD Tribunal cantonal, 2013-03-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD11.010021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.010021)

FR: VD\_GERICHTE ZD11.010021 du 13 mars 2013

IT: VD\_GERICHTE ZD11.010021 del 13 marzo 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

### **E. 2**

a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision, laquelle détermine l'objet de la contestation (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et ATF 130 V 138 consid. 2.1; cf. également TF 8C\_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2 et 8C\_627/2009 du 8 juin 2010 consid. 1.2). 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 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

- 23 - b) En l'espèce, il est constant que l'objet de la contestation se trouve être la décision du 10 février 2011. En revanche, au vu de la position équivoque défendue par le recourant dans le cadre son recours, les précisions suivantes s'imposent quant à la délimitation de l'objet du litige. Les décisions des 18 mai et 12 juillet 2010 ont été notifiées à l'assuré avec indication des voies de droit. L'assuré n'a pas recouru contre ces décisions dans les délais légaux. Dès lors, ces décisions sont entrées en force. aa) La jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force (cf. ATF 135 V 215 consid. 4.1). Tout d'abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA («Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre

subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant»). Par ailleurs, lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. consid. 4c infra). En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA («L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable»). Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent, après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de

- 24 - changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de rentes en cours peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts (cf. ATF 135 V 215 consid. 5). bb) En l'occurrence, le recourant prétend que la décision litigieuse du 10 février 2011 aurait été rendue à la suite de demandes de sa part tendant à la révision de la décision initiale d'octroi de rente (cf. mémoire de recours du 14 mars 2011 p. 6 paragraphe 4). Pour autant que l'intéressé ait voulu se référer par-là à une requête de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, ses allégations s'avèrent mal fondées. En effet, il ressort clairement du dossier que le recourant n'a à aucun moment déposé auprès de l'autorité compétente – soit l'autorité ayant rendu la décision dont la révision est demandée (cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème édition, Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 21 ad art. 53 LPGA, p. 675) – une quelconque demande dans ce sens, mais que la décision du 10 février 2011 est au contraire intervenue dans le cadre d'une procédure de révision de la rente d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, procédure intentée d'office par l'intimé (cf. let. C.a supra). De surcroît, les conclusions du recourant sont irrecevables en tant qu'elles visent à ce que l'OAI entre en matière sur sa demande d'augmentation de rente, en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2009 (cf. mémoire de recours du 14 mars 2011 p. 11, cf. let. D.a supra). En effet, il n'appartient pas à la Cour de céans de revenir sur le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité à compter du 1er janvier 2009, ce droit ayant été entériné par des décisions entrées en force (cf. let. B.c supra). Au surplus, contrairement à ce que l'assuré soutient, on rappellera que la présente affaire découle non pas d'une demande d'augmentation de la rente, mais d'une procédure de révision d'office menée par l'OAI (cf. let. C.a supra). c) Cela étant, en l'espèce, le litige porte uniquement sur le point de savoir si l'OAI était fondé, par décision du 10 février 2011, à refuser d'augmenter la rente d'invalidité du recourant.

- 25 -

### **E. 3**

a) 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 art. 4 al. 1 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. 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

- 26 - 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). La jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3; voir aussi TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009 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).

#### **E. 4**

Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite (cf. art. 17 al. 2 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations, dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ou lorsqu'un tel changement a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

- 27 - Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 (cf. ATF 130 V 349 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (cf. ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement 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 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 conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence; TF 9C\_181/2011 du 9 décembre 2011 consid. 6.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

## **E. 5**

Il incombe par conséquent à la Cour de céans d'examiner si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit pendant la période entre les décisions des 18 mai et 12 juillet 2010 et la décision litigieuse du 10 février 2011, justifiant une augmentation de cette prestation. a) Les décisions des 18 mai et 12 juillet 2010 étaient essentiellement fondées sur le rapport d'expertise bidisciplinaire

- 28 - (rhumatologique et psychiatrique) des Drs N. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, du BREM, du 27 mars 2009. Du point de vue rhumatologique les experts ont précisé que l'anamnèse mettait en évidence des douleurs lombaires, cervicales, de l'épaule droite et du testicule droit, que ces douleurs auraient été consécutives à des séances de torture, que les investigations menées dès 2002 n'avaient pas permis de poser un diagnostic précis, et que les spécialistes avaient tous relevé la composante psychologique des douleurs. Ils ont ajouté que l'examen clinique était dans la norme, qu'il n'y avait pas de signe pour une atteinte radiculaire, qu'il n'existait pas d'évidence de contracture musculaire, et qu'il n'y avait pas d'amyotrophie. Au niveau de l'épaule droite, ils n'ont constaté aucune limitation des amplitudes articulaires, ni aucun signe d'instabilité, et ont indiqué que les mouvements ne provoquaient pas d'appréhension ou de douleurs. Cela étant, ils n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant et ont considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité sur le plan somatique, respectivement que ce dernier ne présentait pas de restrictions physiques. Sous l'angle psychique, les experts ont posé le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. A titre d'atteinte sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont notamment mentionné une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Ils ont relevé qu'à l'examen clinique, l'assuré présentait une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie vitale, une diminution de la confiance en soi, et des troubles du sommeil (insomnie, vision négative des perspectives d'avenir) – éléments correspondant à un épisode dépressif moyen associé à un trouble somatique. Ils ont estimé que ce trouble avait entraîné une incapacité de travail de 100% dès le début de l'année 2008, mais que depuis l'automne 2008, suite à une amélioration partielle de la thymie et à une diminution des angoisses, l'incapacité de travail s'élevait à 50% dans l'activité habituelle de l'assuré comme dans une activité adaptée,

compte

- 29 - tenu des limitations fonctionnelles suivantes : anhédonie, insomnie, diminution de l'énergie vitale, ruminations, fatigabilité et retrait social. On notera, au surplus, qu'il n'appartient pas à la Cour de céans de se prononcer sur les griefs soulevés par le recourant à l'encontre du déroulement et des conclusions de l'expertise du BREM (cf. mémoire de recours du 14 mars 2011, cf. let. D.a supra). Si l'assuré entendait émettre des critiques à ce propos, il lui incombait de le faire dans le cadre d'une procédure idoine, à savoir en interjetant recours à l'encontre des décisions d'octroi de rente des 18 mai et 12 juillet 2010. L'intéressé s'est toutefois abstenu d'effectuer de telles démarches, si bien que ces décisions sont entrées en force. Or, les motifs d'une décision de rente entrée en force ne peuvent pas faire l'objet d'un réexamen dans le cadre d'une procédure de révision; il n'y a pas lieu de revenir sur lesdits motifs, à moins que l'on ne soit en présence d'un nouveau cas d'assurances (cf. ATF 136 V 369 consid. 3.1; cf. TF 9C\_920/2010 du 18 octobre 2011 consid. 2.2), conditions qui ne sont pas réalisées en l'espèce. Cela étant, il ne saurait être question de revenir ici sur le bien-fondé des décisions des 18 mai et 12 juillet 2010, singulièrement d'analyser si c'est à tort ou à raison que l'OAI s'est basé sur l'expertise du BREM pour rendre ces décisions. Dans le cadre de la présente affaire, il appartient uniquement à la Cour de céans d'examiner si les circonstances de l'espèce se sont modifiées de manière significative depuis les décisions des 18 mai et 12 juillet 2010 au point de justifier une modification du droit à la prestation. b) En l'occurrence, l'OAI considère que la situation est demeurée inchangée depuis les décisions des 18 mai et 12 juillet 2010 et qu'il n'y a dès lors pas lieu d'augmenter la rente d'invalidité du recourant. Celui-ci conteste cette appréciation, se prévalant d'une dégradation de son état de santé. aa) En ce qui concerne les troubles somatiques du recourant, on ne saurait s'arrêter sur le fait que celui-ci ait affirmé, dans le formulaire rempli le 18 mai 2010, que son état de santé s'était dégradé depuis février-mars 2009, singulièrement qu'il présentait des problèmes à

- 30 - l'estomac depuis mars 2009 et aux mains depuis décembre 2008 (cf. let. C.a supra). Outre le fait qu'il n'a fourni aucune preuve à l'appui de ses allégations, il demeure surtout que ces dernières se rapportent à l'état de fait visé par les décisions initiales d'octroi de rente des 18 mai et 12 juillet 2010, sur lesquelles il n'y a pas lieu de revenir ici dès lors qu'elles sont entrées en force (cf. consid. 5a supra). De même, il n'y a pas davantage lieu de s'attarder sur l'opération des deux mains annoncée dans le formulaire susdit (cf. let. C.a supra), attendu que l'assuré n'a fondé ses dires sur aucun élément concret et que cette intervention n'a nullement été évoquée par les différents médecins interpellés. Pour ce qui est de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, elle s'est limitée, dans son rapport du 15 juin 2010, à signaler la persistance d'une symptomatologie douloureuse susceptible d'être consécutive aux traumatismes subis en Iran. Ce faisant, elle n'a nullement laissé entendre que l'état de santé de l'assuré se serait dégradé depuis les décisions initiales de rente. Quant au Dr P.\_\_\_\_\_, il a estimé dans un rapport du 18 juin 2010 que le recourant – atteint de gastrite chronique et status après éradication de *Helicobacter Pylori*, de lombalgie non spécifique, d'hypercholestérolémie sous régime alimentaire, d'intolérance partielle au lactose, de tabagisme chronique, et de status après opération d'une hernie inguinale – ne présentait aucune pathologie somatique nécessitant des prestations de l'AI, respectivement que la capacité de travail était entière sur le plan physique. En d'autres termes, ainsi que l'ont constaté les médecins du SMR (cf. avis médical des Drs S.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ du 1er décembre 2010), le Dr P.\_\_\_\_\_ a fait part d'une situation superposable à celle observée

par les experts du BREM en mars 2009, lesquels avaient eux aussi conclu à l'absence d'atteinte physique incapacitante. S'agissant plus particulièrement des pièces produites par le Dr P. \_\_\_\_\_ à l'appui de son appréciation, on notera tout d'abord que le rapport d'oeso-gastro-duodéoscopie du 17 avril 2009 du Dr A. \_\_\_\_\_

- 31 - avait déjà été versé au dossier à la suite de la demande initiale de prestations, si bien qu'il ne saurait être pertinent dans le cadre de la présente procédure de révision. Quant au rapport d'examen radiologique du thorax de la Dresse U. \_\_\_\_\_ du 14 mai 2009, il aurait pu et dû être transmis dans le cadre de la procédure initiale de rente. Ce point ne prête toutefois pas à conséquence, dans la mesure où ce document ne fait nullement état de troubles susceptibles de diminuer la capacité de travail de l'assuré, ce que le Dr P. \_\_\_\_\_ a du reste implicitement confirmé dans son avis du 18 juin 2010. Pour ce qui est du rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 17 juin 2010, ce constat concerne un suivi urologique dispensé dès juin 2009 et interrompu par l'assuré en septembre 2009. Se pose dès lors la question de savoir si l'intéressé, en vertu de son devoir de collaborer (cf. ATF 125 V 193 consid. 2), n'aurait pas dû informer l'autorité administrative de ce suivi médical à l'époque de la procédure initiale d'octroi de rente. Peu importe, toutefois, dès lors que le compte-rendu du 17 juin 2010 se limite à relever l'existence de douleurs au niveau du scrotum – déjà connues des experts du BREM (cf. consid. 5a supra) – et à conclure à l'absence de dysurie, sans émettre d'observation dans le sens d'une atteinte somatique incapacitante; de ce fait, on comprend également que le Dr P. \_\_\_\_\_ n'ait décelé dans ce constat aucun indice de trouble urologique invalidant. Reste enfin à examiner le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 16 juin 2010. Dans ce rapport, le Dr R. \_\_\_\_\_ a observé que l'assuré mentionnait depuis plus d'une année une douleur mécanique intéressant la face antérieure du poignet droit et irradiant jusqu'au coude. Attendu qu'à l'époque des décisions initiales d'octroi de rente, les pièces du dossier ne contenaient aucune référence à des douleurs de l'avant-bras droit, singulièrement du poignet droit, on pourrait dès lors s'interroger sur le point de savoir si le compte-rendu du Dr R. \_\_\_\_\_ – faisant remonter ces douleurs en tous les cas à juin 2009 – devrait être formellement analysé sous l'angle d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. La Cour peut toutefois s'abstenir de trancher cette question en l'occurrence, dans la mesure où, s'il avait été connu lors de la procédure initiale d'octroi de rente, le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ n'aurait malgré tout pas amené l'OAI à statuer différemment sur la demande de prestations de l'assuré (cf. sur la notion de faits ou moyens de preuve nouveaux : Valterio, op. cit., n°

- 32 - 3122 p. 845 s.). En effet, dans son rapport, le Dr R. \_\_\_\_\_ a observé que la nuque de l'assuré était souple, que les réflexes tendineux aux membres supérieurs étaient normovifs et symétriques, que les tests de Tinel et Phalen étaient négatifs mais que la palpation de la région antérieure du carpe droit était douloureuse, et qu'il n'y avait pas de déficit moteur, ni sensitif (cf. rapport du 16 juin 2010 p. 1). Il a ajouté qu'il n'y avait aucune anomalie significative sur le plan neurologique, que les examens pratiqués avaient permis d'exclure un syndrome du tunnel carpien significatif ou une neuropathie ulnaire, et que le tableau «évoqu[ait] en premier lieu un problème de tendinite au niveau du poignet droit» (cf. ibid. p. 2). Cela étant, il apparaît que le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 16 juin 2010 ne démontre pas clairement l'existence d'une affection incapacitante au niveau de l'avant-bras droit, ce spécialiste s'étant contenté d'évoquer une éventuelle problématique de tendinite sans pour autant s'estimer en mesure de poser catégoriquement ce diagnostic. Ainsi, de telles circonstances n'auraient selon toute vraisemblance pas pu aboutir à une révision

procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. En définitive, on ne peut donc que partager l'opinion du Dr P. \_\_\_\_\_, lequel, tout en ayant connaissance du rapport du Dr R. \_\_\_\_\_, a conclu à l'absence d'affection incapacitante sur le plan physique. Concernant le Dr C. \_\_\_\_\_, il a pour l'essentiel relevé, dans son compte-rendu du 22 juin 2010, que l'assuré présentait des limitations fonctionnelles en relation avec des troubles de l'épaule droite – d'origine traumatique – et une tendinite de l'avant-bras droit, et qu'il y avait lieu de requérir l'avis d'un orthopédiste pour déterminer la capacité de travail exigible. D'une part, les troubles de l'épaule droite étaient déjà connus lors de la procédure initiale d'octroi de rente et il était apparu à l'époque qu'ils ne se répercutaient pas sur la capacité de travail (cf. notamment rapport d'expertise du BREM du 27 mars 2009 p. 10 et 17). Le Dr C. \_\_\_\_\_ n'explique nullement en quoi la situation serait désormais différente. D'autre part, ce médecin a péremptoirement retenu que l'assuré souffrait d'une tendinite de l'avant-bras droit engendrant des limitations fonctionnelles, sans toutefois apporter le moindre élément concret et objectif à l'appui de son appréciation. Or, ainsi qu'il a été relevé ci-avant, il

- 33 - ressort du compte-rendu du Dr P. \_\_\_\_\_ du 18 juin 2010 ainsi que des observations formulées par le Dr R. \_\_\_\_\_ le 16 juin 2010 que l'assuré présente tout au plus des douleurs laissant évoquer un problème de tendinite, mais que l'on ne peut, en l'état, ni poser catégoriquement un tel diagnostic, ni encore moins retenir que cette prétendue affection aurait des répercussions sur la capacité de travail. Sur ces questions, les conclusions du rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 22 juin 2010 ne sauraient dès lors être suivies. Au surplus, on notera que dans son compte-rendu, ce dernier médecin a considéré que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, appréciation qui témoigne davantage de l'absence de toute évolution significative plutôt que d'une quelconque aggravation. Il apparaît en outre que le Dr W. \_\_\_\_\_ a établi le 25 janvier 2011 un rapport mentionnant des douleurs sur le plan cervico-dorso-lombaire ainsi qu'au niveau du testicule droit, en relation avec les sévices dont l'assuré avait été victime en Iran. Ce médecin a ainsi décrit une symptomatologie similaire à celle observée par les experts du BREM en mars 2009. Aucun changement important sous l'angle somatique ne peut donc être déduit de l'avis médical du 25 janvier 2011. S'agissant par ailleurs des problèmes dentaires signalés par la Dresse M. \_\_\_\_\_ dans son constat du 4 juillet 2011 (p. 5), ceux-ci étaient déjà connus lors de la procédure initiale d'octroi de rente (cf. attestation du Dr I. \_\_\_\_\_ du 10 mars 2008) et rien n'indique qu'ils aient évolué depuis lors ou encore moins qu'ils puissent influencer de quelque manière que ce soit sur la capacité de travail de l'assuré. Enfin, dans sa réplique du 4 juillet 2011, le recourant a fait valoir qu'il était supposé subir le 12 septembre 2011 une coloscopie au cololyt, réalisée par le Dr X. \_\_\_\_\_. L'assuré n'a en revanche fourni aucune information sur les raisons d'une telle intervention, dont on ignore du reste si elle a en définitive été pratiquée ou non, et, le cas échéant, avec quels résultats. Or, il convient de relever, d'une part, que selon une jurisprudence constante, le juge examine la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où

- 34 - la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 p. 220; 121 V 362 consid. 1b p. 366 et les références), soit en l'occurrence le 10 février 2011. D'autre part, le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire – qui atténue le principe inquisitoire – comprend notamment l'obligation pour ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195); ainsi, si le

recourant entendait se prévaloir de la coloscopie précitée, il lui appartenait d'établir clairement en quoi cet élément pouvait être pertinent, ce qu'il n'a pas fait. Cela étant, attendu que la coloscopie susdite, invoquée en procédure de recours, était prévue pour une date postérieure à celle de la décision litigieuse du 10 février 2011, et dès lors que rien au dossier n'incite à penser que cette intervention aurait pu témoigner d'une quelconque évolution des troubles de santé de l'assuré entre les décisions initiales d'octroi de rente et la décision attaquée, il s'ensuit que cet élément ne peut par conséquent pas être pris en compte par la Cour de céans dans le cadre de la présente affaire. Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, il y a dès lors lieu de considérer que le dossier de la cause ne comporte aucun indice concret allant dans le sens d'une évolution significative des troubles somatiques de l'assuré depuis les décisions des 18 mai et 12 juillet 2010. bb) Sur le plan psychique, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a tout d'abord signalé, dans un rapport du 27 mai 2010, des diagnostics incapacitants («F33.3 + F62.0») superposables à ceux évoqués dans son précédent compte-rendu du 16 avril 2008, auquel elle a du reste renvoyé tout en précisant qu'il n'y avait pas de changement si ce n'était une aggravation de la symptomatologie dépressive; elle a en outre fait état d'une incapacité de travail de 100% depuis le 15 février 2008. A l'aune de ces éléments, il apparaît que, dans son rapport du 27 mai 2010, la Dresse M. \_\_\_\_\_ s'est essentiellement limitée, d'une part, à énoncer ses propres conclusions quant aux diagnostics et à la capacité de travail de l'assuré –

- 35 - telles qu'elle les avait en substance déjà indiquées lors de la procédure initiale d'octroi de rente – et n'a pour le surplus aucunement motivé sa position. Or, le fait que la psychiatre traitante ait ainsi pris le contre-pied des conclusions des experts du BREM (cf. consid. 5a supra), sans aucune explication, ne saurait constituer un motif de révision. D'autre part, si la Dresse M. \_\_\_\_\_ a effectivement mentionné une aggravation de la symptomatologie dépressive, elle n'a toutefois nullement détaillé les éléments constitutifs de cette prétendue péjoration, laquelle ne peut par conséquent pas être retenue au degré de la vraisemblance prépondérante. Aussi, force est de constater – à l'instar des Drs S. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ du SMR dans leur avis médical du 1er décembre 2010 – que le rapport sommairement rédigé par la Dresse M. \_\_\_\_\_ le 27 mai 2010 ne contient en définitive aucun élément nouveau dans le sens d'une aggravation de l'état de santé du recourant. La même conclusion s'impose s'agissant du rapport du 28 janvier 2011, par lequel la psychiatre susmentionnée a attesté l'existence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.3), et d'une incapacité de travail de 100% depuis le 15 février 2008. Aux termes de ce très bref compte-rendu (de trois lignes), la Dresse M. \_\_\_\_\_ s'est en effet contentée de synthétiser ses précédentes observations sans aucune motivation. On ne saurait dès lors voir là l'indice d'une évolution significative des troubles psychiques de l'assuré. En date du 4 juillet 2011, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a en outre rédigé un compte-rendu circonstancié, dans lequel elle a retenu les diagnostics de trouble panique (F41.0), trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndromes psychotiques (F33.3), et modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). S'agissant des limitations fonctionnelles, elle a signalé des troubles du sommeil, de la concentration et de la mémoire, une grande fatigabilité, des ruminations obsédantes ainsi que des attaques de panique. Elle a en outre maintenu que la capacité de travail était nulle depuis le 15 février 2008, dans toute activité. Cela étant, sur le plan formel, force est tout d'abord de relever que si ce compte-rendu est

- 36 - certes postérieur à la décision litigieuse du 10 février 2011, il n'en doit pas moins être pris en compte dans le cadre de la présente procédure, dans la mesure où il permet

d'apprécier les circonstances prévalant lors du prononcé de cette décision (cf. TF 9C\_193/2012 du 26 juillet 2012 et jurisprudence citée). Sur le fond, il faut rappeler que les Drs S.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ du SMR se sont déterminés en date du 18 juillet 2011 sur le compte-rendu de la Dresse M.\_\_\_\_\_. Dans leur avis, les médecins du SMR ont observé que la lecture attentive de l'examen psychiatrique et de l'appréciation du cas réalisés par la psychiatre traitante permettait de conclure que l'état de santé de l'assuré correspondait parfaitement au tableau de la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, diagnostic qu'avaient retenus les experts du BREM en mars 2009 au titre d'atteinte dépourvue d'impact sur la capacité de travail. Les médecins du SMR ont ajouté qu'il n'existait pas, dans le status actuel de l'assuré, d'éléments nouveaux démontrant une aggravation de son état de santé. Ils ont également relevé que la Dresse M.\_\_\_\_\_ parlait d'un trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques mais que la lecture attentive du status du recourant ne permettait pas de retenir d'éléments psychotiques dans les symptômes de l'intéressé. Pour ces raisons, les médecins du SMR ont estimé qu'il y avait lieu de s'en tenir à leur précédent avis du 1er décembre 2010. En résumé, les Drs S.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ du SMR ont expliqué de manière détaillée et convaincante (cf. consid. 3b supra) les raisons pour lesquelles il y avait lieu de considérer que le compte-rendu de la Dresse M.\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2011 n'attestait aucun changement important des troubles du recourant. Aucun élément décisif au dossier ne tend à infirmer leur position. Par conséquent, la Cour de céans ne voit aucune raison de ne pas se fier à l'avis précité des médecins du SMR (cf. consid. 3b supra). Aussi retiendra-t-on en définitive que rien dans les observations formulées par la psychiatre traitante le 4 juillet 2011 ne tend à indiquer que l'état de santé psychique de l'assuré se serait dégradé depuis la procédure initiale d'octroi de rente. Finalement, en ce qui concerne le fait que le Dr W.\_\_\_\_\_ ait évoqué un important état anxio-dépressif dans son rapport du 25 janvier - 37 - 2011, force est de constater que ce médecin n'a nullement motivé sa position sur le sujet et qu'il n'est du reste pas spécialiste en psychiatrie. Aussi ne saurait-on se fonder sur ce constat pour conclure à un changement significatif des troubles psychiques de l'assuré. Cela étant, il n'y a donc pas matière à révision sur le plan psychique. c) Au vu des circonstances de l'espèce et compte tenu notamment de l'absence d'une modification significative de l'état de santé du recourant, c'est donc à juste titre que l'OAI, dans la décision dont est recours, a maintenu une capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiques de l'assuré, et confirmé l'allocation d'une demi-rente AI basée sur un degré d'invalidité de 50%. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une audition de la Dresse M.\_\_\_\_\_ ou d'une expertise médicale. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

## **E. 6**

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable, 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à

la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

- 38 - En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge du recourant qui succombe. Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure. Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Celui-ci a produit la liste de ses opérations en date du 29 octobre 2012, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat de sorte qu'elle doit être arrêtée à 13 heures 50 de prestations d'avocat, soit un montant total d'honoraires s'élevant à 2'689 fr. 20, TVA de 8% comprise (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]). De surcroît, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Selon le montant indiqué par le conseil d'office, ceux-ci s'élèvent à 91 fr. 50, auxquels il convient d'ajouter 7 fr. 32 de TVA. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 2'788 fr. 02 (TVA de 8 % comprise), montant qu'il convient d'arrondir à 2'788 fr. La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi

- 39 - de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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