

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 mars 2009

---

Présidence de    Mme    THALMANN  
Juges    :    MM. Berthoud et Monod, assesseurs  
Greffier   :    M.   Kramer

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Procap,  
Association suisse des invalides (ci-après : Procap), à Bienne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-  
après : l'OAI), à Vevey, intimé.

---

**Art. 17 LPGA, 87 al. 3 RAI et 87 al. 4 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_, né en 1951, exerçant la profession de plâtrier-peintre de manière indépendante depuis 1984, souffre de surdité de longue date, appareillée à plusieurs reprises. Présentant des gonalgies depuis 1985, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), tendant à l'octroi d'une rente, en 1985, puis en 1990, qui ont été rejetées.

En 1994, K.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations en raison de l'aggravation des gonalgies. Une demi-rente lui a été octroyée d'avril 1993 à décembre 1999, puis une rente entière. Après mise en place d'une prothèse du genou, l'évolution a été favorable, la capacité de travail dans une activité adaptée étant estimée à 100 pour-cent.

Le 14 juin 2001, un projet de décision supprimant la rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2001 avait été établi par l'OAI, mais il a été modifié le 3 octobre 2001, la rente complète étant maintenue vu la pose imminente d'une seconde prothèse à l'autre genou.

Se fondant sur les rapports médicaux du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, attestant une capacité de travail entière dans une activité adaptée, l'OAI a supprimé la rente par décision du 3 février 2004, le taux d'invalidité étant de 17,19 pour-cent. Dans cette décision, l'OAI mentionnait en outre être à disposition de l'assuré pour une aide au placement voire même une mise au courant.

**B.** Dans un courrier du 10 août 2004, K.\_\_\_\_\_ a exposé à l' OAI qu'il souffrait de troubles psychologiques et d'angoisses.

Le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a établi un rapport le 8 octobre 2004, dans lequel il pose le diagnostic, ayant des répercussions sur la capacité de

travail, de réaction anxio-dépressive sévère consécutive à l'échec d'une réintégration socioprofessionnelle et à l'absence de revenu consécutif, depuis le 21 août 2004. Il mentionne une incapacité de travail entière dès le 10 août 2004, en raison de la dépression.

Dans un rapport du 7 mars 2005, le Dr B. \_\_\_\_\_ et la Dresse F. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin-assistante à l'Unité de Psychiatrie X, retiennent les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réactions dépressives prolongées et autres difficultés liées à l'entourage immédiat, séparation du couple. Ils indiquent que l'assuré est très peu actif, qu'il vit reclus dans la maison de sa mère et n'entretient plus de relations avec ses amis préférant passer la journée à dormir. Actuellement, l'intéressé n'a pas de loisirs; il n'a pas la motivation ni l'énergie nécessaire pour effectuer une quelconque activité. Le traitement a duré du 9 novembre 2004 au 26 janvier 2005, date du dernier examen. Sous la rubrique "constatations objectives au début du traitement", le Dr B. \_\_\_\_\_ et la Dresse F. \_\_\_\_\_ font état de ce qui suit: l'assuré présente une thymie triste, voire par moment effondrée, des idées de rumination essentiellement centrées sur le côté financier et l'avenir et des idées suicidaires avec le projet de se jeter par-dessus un pont pour en finir avec sa souffrance psychique; l'intéressé se plaint d'angoisses et de sensations d'oppression thoracique, pouvant être journalières. S'agissant des constatations objectives lors du dernier examen, le Dr B. \_\_\_\_\_ et la Dresse F. \_\_\_\_\_ indiquent ne pas avoir constaté de changement notable. Ils mentionnent qu'au vu du diagnostic psychiatrique actuel, la capacité de travail de l'assuré est moyennement réduite, en raison de la diminution de l'énergie et de la motivation, de la baisse de concentration, des angoisses qui l'habitent depuis la suppression de la rente. Ils estiment que le rendement dans une activité peu stressante est réduit de 50 pour-cent. Ainsi, dans une activité adaptée à la baisse de rendement et peu stressante, l'assuré est en mesure de travailler 4 heures par jour.

Le Dr Z. \_\_\_\_\_, dans un rapport du 10 avril 2006, retient divers diagnostics dont des vertiges paroxystiques cinq à six fois par an invalidant l'intéressé pendant deux à dix jours, depuis décembre 2003, et

un état anxio-dépressif. Compte tenu de ces diagnostics, des prothèses totales des deux genoux, de l'hypoacousie, de l'âge, d'un hallux valgus bilatéral et de l'absence de formation alternative, la capacité de travail dans l'ancienne profession est nulle. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ estime en outre que théoriquement un travail léger en position assise est possible.

Dans son rapport du 14 décembre 2006, le Dr Z. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic d'état anxio-dépressif chronique réactif aux problèmes de santé, aux difficultés financières et à l'impossibilité de retrouver un travail, existant au moins depuis 2004. Il indique que la dernière consultation psychiatrique spécialisée a eu lieu en janvier 2005. Depuis lors, il essaie de soutenir psychologiquement K. \_\_\_\_\_ par une thérapie de soutien environ une fois par mois et lui renouvelle son traitement d'Effexor complété par du Xanax et du Zolpidem. Comme constatations objectives, le Dr Z. \_\_\_\_\_ mentionne un état général conservé et une thymie triste. Il estime l'incapacité de travail entière dès le 29 août 2001 de façon continue.

Le 10 avril 2007, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie au Service médical régional AI (ci-après: SMR) estime que dès lors que l'assuré a mis fin à sa prise en charge psychiatrique en janvier 2005, il n'y a pas d'invalidité à retenir.

Par décision du 30 novembre 2007, l'OAI a rejeté la demande de rente, au motif que K. \_\_\_\_\_ avait présenté un état dépressif depuis août 2004, mais que la prise en charge psychiatrique avait cessé en janvier 2005. Les incapacités de travail ayant duré moins d'une année, le droit à la rente n'était ainsi pas ouvert.

**C.** K. \_\_\_\_\_, agissant par l'intermédiaire de Procap, a recouru contre cette décision, par acte du 14 janvier 2008, en concluant principalement à l'annulation de celle-ci, le recourant ayant droit à des prestations, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Le recourant a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

En substance, l'assuré fait valoir que l'avis du SMR constitue une synthèse des nombreux documents médicaux recueillis, mais n'a pas de véritable portée autonome pour l'instruction de la cause (ATF I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4). En outre, contrairement à ce que retient le Dr N.\_\_\_\_\_, le Dr B.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 7 mars 2005, a bien quantifié la baisse de rendement à 50% et a précisé qu'une activité adaptée à la baisse de rendement et peu stressante était envisageable à raison de 4 heures par jour. Il convient ainsi d'admettre que le Dr N.\_\_\_\_\_ ne s'est pas déterminé sur le droit aux prestations du recourant avec une pleine connaissance du dossier. Par ailleurs, la supposée amélioration de l'état psychique en janvier 2005 dont fait état le Dr N.\_\_\_\_\_, est totalement contredite par le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 7 mars 2005, selon lequel les constatations objectives au début du traitement sont bien les mêmes que lors du dernier examen de janvier 2005. Dans ces conditions, l'intimé se devait de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, du moins s'il entendait se distancer de l'évaluation spécialisée du Dr B.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 8 février 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise, considérant qu'une instruction complémentaire n'était pas nécessaire compte tenu notamment du rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 14 décembre 2006. L'annexe à ce rapport décrit en effet clairement les limitations présentées par l'assuré, lesquels sont compatibles avec une activité à plein temps telle que décrite dans la décision du 3 février 2004.

Dans sa réplique du 26 février 2008, le recourant a confirmé ses conclusions et réitéré sa requête de mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Le 17 mars 2008, l'OAI a confirmé ses conclusions, tendant au rejet du recours.

**E n d r o i t :**

**1. a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009), applicable aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. a LPA-VD), les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de Noël (art. 38 al. 4 let. c LPGA)

**2.** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est modifié de manière à influencer le taux d'invalidité, partant le droit à la rente, depuis la décision du 3 février 2004.

**3. a)** Selon 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.

**b)** Ainsi, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de

refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 200 consid. 4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, de manière générale, plausibles (TFA I 597/05 du 6 janvier 2007).

L'examen d'une nouvelle demande doit se faire aux conditions de la révision, mais avec la précision suivante, la comparaison portant notamment sur l'état de santé de l'assuré doit être effectuée sur la base de la situation existant lors du dernier examen de la situation (ATF 130 V 64, 130 V 71).

**c)** Pour qu'il y ait motif de révision, il faut une modification de l'état de santé ou une autre modification qui influence le degré d'invalidité et le droit à la rente (cf. Valterio, Droit et pratique de l'assurance-invalidité, Les prestations, p. 268 et les références). Cette modification peut consister en une amélioration ou une aggravation de l'état de santé, la reprise ou l'abandon de l'activité lucrative, une augmentation ou une baisse notable du revenu du travail, une modification de la capacité de travail spécifique ou de nouvelles possibilités de réadaptation. Il faut un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, en particulier une modification sensible de l'état de santé (ATF 125 V 369; 113 V 273).

**d)** Selon la jurisprudence, une révision n'est admissible que si une modification, notable, de la situation effective s'est produite depuis qu'a été rendue la décision primitive et si cette modification influence le degré d'invalidité, donc aussi le droit à la rente; il ne suffit pas qu'une situation, restée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée d'une manière différente (RCC 1987 p. 36).

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

décision initiale de rente - quand bien même elle aurait pris effet rétroactivement - et les circonstances prévalant au moment de la décision de révision, également dans le cas où celle-ci prend effet rétroactivement (Fonjallaz, Invalidité et révision des rentes d'invalidité, thèse, Lausanne 1985, pp. 69 ss; ATF 112 V 371; 109 V 262). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé de l'assuré, mais aussi lorsque cet état est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 273 consid. 1a). L'AI connaissant un système de rentes échelonné, la révision ne se justifie que lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (TAss VD, jugement du 9 février 1995, AI 42/1995).

**4. a)** En application de l'article 57 al. 1 let. f LAI, il appartient aux offices AI d'évaluer l'invalidité des assurés. Pour ce faire, ils doivent procéder à une instruction exhaustive, notamment sur le plan médical. A teneur de l'article 43 al. 1 1<sup>ère</sup> phrase LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, 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 (ATF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3; RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-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; RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

**b)** Le juge des assurances sociales 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 trancher la question litigieuse. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références; RAMA 2000 n° KV 124 p. 214).

**5.** En l'espèce, une rente avait été allouée au recourant compte tenu de ses problèmes de genoux. L'évolution ayant été favorable suite à la pose de prothèses des deux genoux, la rente a été supprimée par décision du 3 février 2004, entrée en force. L'assuré ayant déposé une nouvelle demande, faisant état de troubles psychiques le 10 août suivant, il convient dès lors de déterminer si son état de santé s'est modifié de manière à influencer le taux d'invalidité et donc le droit à la rente.

**a)** Sur le plan somatique, il ne résulte d'aucune pièce présente au dossier que l'état des genoux se serait aggravé. Il y a ainsi lieu de retenir que l'état de santé du recourant ne s'est pas péjoré au niveau des genoux.

S'agissant des problèmes de surdité du recourant, ils étaient déjà connus avant la décision du 3 février 2004. L'intimé les a pris en considération dans ladite décision, estimant qu'ils n'entraînaient pas d'incapacité de travail. Sur ce plan également, il n'est fait état d'aucune aggravation. Il n'y a dès lors pas lieu de considérer que les troubles de l'audition du recourant se seraient péjorés de manière à influencer le taux d'invalidité.

En ce qui concerne les vertiges mentionnés par le Dr Z.\_\_\_\_\_, ce médecin indique qu'ils existent depuis 2003, soit avant la décision de suppression de rente du 3 février 2004. Ils n'apparaissent en outre pas invalidants, mais pouvant tout au plus entraîner une incapacité de travail de quelques jours. D'ailleurs, dans son rapport du 14 décembre 2006, le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne mentionne plus ce trouble comme invalidant.

En conséquence, sur le plan somatique, l'état de santé du recourant ne s'est pas péjoré de manière à entraîner une modification du taux d'invalidité.

**b)** Du point de vue psychique, l'OAI, se fondant sur l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_, considère que l'assuré ne présente pas d'invalidité dès lors que sa prise en charge psychiatrique a pris fin en janvier 2005. Il ressort toutefois du rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ et de la Dresse F.\_\_\_\_\_ du 7 mars 2005 qu'au terme de la prise en charge, soit en janvier 2005, le recourant présentait toujours une thymie triste, voire par moment effondrée, des idées de rumination essentiellement centrées sur le côté financier et l'avenir, des idées suicidaires avec le projet de se jeter par-dessus un pont pour en finir avec sa souffrance psychique, des angoisses et des sensations d'oppression thoracique, pouvant être journalières. En outre, le Dr Z.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 14 décembre 2006, expose également qu'il continue à aider psychologiquement le recourant par le biais d'une thérapie de soutien, environ une fois par mois, et indique que l'assuré bénéficie toujours d'un traitement d'Effexor, de Xanax et de Zolpidem. Ainsi, contrairement au Dr N.\_\_\_\_\_, les Drs Z.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ et

F.\_\_\_\_\_ font état de troubles psychiques invalidants. En effet, le Dr Z.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 14 décembre 2006, estime l'incapacité de travail entière depuis le 29 août 2001, de façon continue, alors que le Dr B.\_\_\_\_\_ et la Dresse F.\_\_\_\_\_ considèrent que la baisse de rendement dans une activité peu stressante s'élève à 50 pour-cent.

Dès lors que les constatations et conclusions des Drs B.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ sont contradictoires, la présente cause n'apparaît pas suffisamment instruite pour permettre à la Cour de céans de trancher. La mise en œuvre d'une expertise psychiatrique s'avère ainsi nécessaire.

**6.** Il s'ensuit que le recours doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision entreprise, le dossier du recourant devant être retourner à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique, puis rende une nouvelle décision.

**7.** Aux termes de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal. Le montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige.

En l'espèce, le recourant, ayant obtenu gain de cause, a droit à des dépens. Conformément aux critères légaux, il convient d'arrêter équitablement à 2'000 fr. la somme allouée à titre de dépens.

**8.** Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est admis.

- II.** La décision attaquée est annulée.
  
- III.** Le dossier du recourant est retourné à l'intimé afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants, puis rende une nouvelle décision.
  
- IV.** L'intimé versera au recourant la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
  
- V.** Il n'est pas perçu de frais judiciaire.

Le président :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Procap, Association suisse des invalides (pour K. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :