

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 mai 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Jomini et Mme Brélaz Braillard
Greffier : M. Rebetez

Cause pendante entre :

B. _____, à Lausanne, recourant,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 4, 28 LAI

E n f a i t :

A. B._____, né en 1958, a causé un accident de circulation le 7 septembre 1991. La personne assise sur le siège du passager du véhicule qu'il conduisait est décédée et une personne assise à l'arrière de ce véhicule a été grièvement blessée. B._____ n'a pour sa part pas subi de lésions graves, mais s'est plaint de cervicalgies et de lomboscialgies postérieurement à l'accident. Il a également été traité à la polyclinique psychiatrique, à Lausanne, où les docteurs D._____ et P._____ ont posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique (rapport du 24 février 1993). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents a pris en charge le traitement médical et a alloué des indemnités journalières, qu'elle a toutefois réduites en raison d'une négligence grave de l'assuré. Par décision du 23 juillet 1993, elle a mis fin aux prestations allouées à ce dernier par l'octroi d'une indemnité unique de 63'072 francs.

Le 22 juillet 1993, B._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Son médecin traitant, le docteur J._____, attestait une incapacité de travail totale depuis le 7 septembre 1991 en raison d'un état dépressif grave et de somatisations multiples, avec aggravation subséquente, entretenue par un sentiment de culpabilité (décès d'un membre de sa parenté lors de l'accident, un autre parent ayant survécu avec une invalidité; rapport du 23 août 1993). Les docteurs D._____ et P._____ ont également attesté une incapacité de travail totale, pour une durée indéterminée, en raison d'un état de stress post-traumatique chez une personnalité évitante. Ils ont précisé qu'à chaque tentative de reprise du travail, l'assuré était devenu mutique et présentait un état catatonique (rapport du 24 août 1993). Par décision du 8 mars 1994, faisant suite à un prononcé de la Commission AI du canton de Vaud du 10 novembre 1993, la Caisse cantonale vaudoise de compensation a alloué à l'assuré une rente entière ordinaire d'invalidité, avec effet dès le 1^{er} septembre 1992.

Le 6 novembre 1995, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a ouvert une procédure de révision du droit à la rente. Sur la base des renseignements médicaux qui lui ont été communiqués (rapport du 29 février 1996 des docteurs Q._____ et F._____, qui ont attesté une incapacité de travail totale en raison d'un état de stress post-traumatique et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques), il a maintenu le droit à la rente alloué initialement (décision du 17 juillet 1996).

B. Le 6 août 1998, l'OAI a ouvert une nouvelle procédure de révision du droit à la rente et a confié au docteur S._____ le soin de réaliser une expertise psychiatrique. Dans un rapport du 30 avril 2001, celui-ci a sérieusement mis en doute le diagnostic de stress post-traumatique posé initialement. A supposer qu'un tel diagnostic fût fondé à l'époque, l'expert estimait que l'état de stress post-traumatique était en rémission (stress aigu en rémission totale). Sur la base du résultat de prises de sang, le docteur S._____ a constaté une non-observance thérapeutique et a diagnostiqué un épisode dépressif majeur chronique d'intensité légère ainsi qu'une majoration volontaire des plaintes (simulation ou sursimulation). Il a attesté une capacité résiduelle de travail de 70 % au moins dans une activité adaptée aux compétences et à la formation professionnelle de l'assuré.

Par décision du 3 septembre 2001, l'OAI a supprimé, pour l'avenir, la rente allouée à l'assuré, en raison d'une amélioration de son état de santé. A la suite d'un recours, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a ordonné une expertise judiciaire par le docteur L._____. Ce dernier a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, ainsi que d'"autres réactions en fonction du stress important". Le docteur L._____ a contesté la pertinence de l'expertise du docteur S._____ et constaté une incapacité de travail de 70 % depuis l'accident de 1991. Par jugement du 10 mai 2004, le Tribunal des assurances a néanmoins confirmé la décision de suppression de rente prononcée par l'OAI.

C. Le 15 mars 2007, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations. Il a produit un certificat établi le 20 avril 2007 par les docteurs V._____ et Z._____, médecins au Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), attestant une péjoration de son état de santé, avec une hospitalisation en milieu psychiatrique du 25 janvier au 1^{er} février 2006. Dans un nouveau rapport du 24 juillet 2007, les docteurs V._____ et Z._____ ont ajouté que l'assuré présentait une incapacité de travail totale depuis. Après la procédure contre la décision de suppression de rente du 3 septembre 2001, B._____ avait continué à présenter une symptomatologie anxieuse et dépressive d'intensité sévère sous forme d'un état de tristesse et de fatigue, une anhédonie, une diminution de l'élan vital, des troubles de la concentration et de la mémoire, des sentiments de culpabilité et d'inutilité, des ruminations, un sommeil agité et des cauchemars ainsi que des idées auto - voire hétéro - agressives. Les diagnostics posés étaient ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (depuis 1992) et de diabète de type II, insulino-requérant, compliqué de polyneuropathies des membres inférieurs et de néphropathie diabétique (début 1996). L'assuré était totalement incapable de travailler.

Eu égard aux nouveaux documents médicaux au dossier, l'OAI a ordonné une expertise au Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed), à Nyon. Dans un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 25 juillet 2008, les docteurs K._____, H._____ et G._____ ont posé les diagnostics de trouble anxieux et diabète insulino-requérant avec polyneuropathie. Ces atteintes à la santé n'entraînaient pas d'incapacité de travail significative. Les experts ont exposé avoir pris en considération certaines fluctuations dysthymiques, bien qu'elles fussent relativement bien compensées à l'époque de l'expertise. Les traits caractériels observés ne permettaient pas de retenir un trouble de la personnalité. Une légère inhibition sur le plan psychique pouvait en outre être améliorée par un

traitement approprié, étant précisé que l'observance médicamenteuse n'était que partielle, ce qui laissait place à une marge thérapeutique.

Par décision du 1^{er} décembre 2008, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations.

D. Par acte du 18 décembre 2008, B._____ a recouru contre cette décision en alléguant une péjoration de son état de santé, avec notamment une hospitalisation à Cery du 17 au 24 novembre 2008. Il a précisé que les docteurs Z._____, N._____ et W._____ pouvaient renseigner utilement le tribunal sur cette évolution.

L'intimé a proposé le rejet du recours, le 18 mars 2009. La réponse de celle-ci a été communiquée au recourant le 24 mars 2009.

E n d r o i t :

1. **a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). Elle attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans le délai légal (art. 60 LPGA) et répond aux exigences de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA, 79 al. 1 et 99 LPA-VD).

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

b) Les faits sur lesquels le Tribunal cantonal peut être amené à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours de droit administratif conformément aux art. 56 ss LPGA sont, en règle générale, ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (cf. ATF 121 V 366 c. 1b). Il n'y a pas de motif de déroger à cette règle dans la présente procédure, de sorte que la question du droit à la rente sera tranchée au regard des faits qui se sont produits jusqu'à la décision litigieuse du 1^{er} octobre 2008.

3. a) Aux termes de l'art. 17 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Cette disposition est également applicable lorsque le droit à la rente a été fixé, à l'issue d'une procédure de recours, par un jugement entré en force.

b) Par analogie à l'art. 17 LPGA, la jurisprudence admet que l'administration peut être tenue d'allouer des prestations qui avaient été refusées par une décision ou un jugement entré en force, en cas de modification des circonstances postérieure à cette décision ou à ce jugement. L'assuré doit toutefois déposer une nouvelle demande et établir de façon plausible une modification des circonstances de nature à lui ouvrir droit, désormais, aux prestations demandées (cf. art. 87 al. 3 et 4 RAI; ATF 130 V 64 c. 5; cf. également Damien Vallat, La nouvelle demande

de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003 p. 391 ss).

4. D'après l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- a. 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;
- b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

Cette disposition prévoit ainsi un délai d'attente d'une année avant l'ouverture du droit à la rente, pendant lequel l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail de 40 % au moins sans interruption notable. Toutefois, si l'assuré s'est vu allouer une rente qui a par la suite été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité, et qu'il présente à nouveau, dans les trois ans qui suivent, un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi (art. 29bis RAI).

5. a) Le recourant s'est initialement vu reconnaître un droit à une rente d'invalidité, qui a été supprimé par jugement du 10 mai 2004 du Tribunal des assurances du canton de Vaud. Le 15 mars 2007, il a déposé une nouvelle demande de prestation en rendant plausible, conformément à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, une péjoration de son état de santé. Le rapport d'expertise établi le 25 juillet 2008 par les docteur K._____, H._____ et G._____, notamment sur la base d'examens pratiqués les 5 et 6 mars 2008, établit toutefois de manière probante que les atteintes à la santé

présentées à l'époque par le recourant n'entraînaient pas d'incapacité de travail significative. Ce dernier ne soulève d'ailleurs aucune critique à l'encontre de ce rapport d'expertise, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ce point. Au regard des constatations présentées par les experts, le droit à la rente litigieux n'est pas ouvert.

b) Le recourant allègue une péjoration récente ("*dernièrement*") de son état de santé, en précisant que "*de nouveaux éléments se sont rajoutés en terme de diagnostic*". Il précise avoir été hospitalisé à l'Hôpital de Cery du 17 au 24 novembre 2008 et invite le tribunal à compléter l'instruction de la cause en se renseignant auprès des docteurs Z._____, N._____ et W._____. Il n'y a toutefois pas lieu d'accéder à cette requête. En effet, même en admettant, par hypothèse, une péjoration de l'état de santé du recourant postérieurement aux examens pratiqués les 5 et 6 mars 2008 par les docteurs K._____, H._____ et G._____, le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI ne serait pas écoulé au moment de la décision litigieuse du 1^{er} décembre 2008. Il n'y a pas lieu de se prononcer sur la naissance éventuelle du droit à la rente postérieurement à cette date (consid. 2b ci-avant). Il convient toutefois de préciser que les allégations du recourant dans l'acte de recours, relatives à une péjoration récente de son état de santé, pourront être traitée par l'intimée comme une nouvelle demande de prestation pour la période postérieure au 1^{er} décembre 2008.

6. Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée, rendue par l'OAI le 1^{er} décembre 2008, doit être confirmée.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPA-VD, 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (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. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 1^{er} décembre 2008 par l'office AI du canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- B. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :