

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 avril 2011

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : MM. Gutmann et Pittet, assesseurs  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; art. 87 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1965, a demandé pour la première fois des prestations de l'assurance-invalidité en juillet 1994. Le 22 mars 1995, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (Office AI) a refusé d'octroyer une rente, des mesures d'ordre professionnel ainsi qu'une orthèse (l'assuré a en effet des séquelles de poliomyélite au membre inférieur gauche). L'assuré a recouru en vain contre ce refus auprès du Tribunal des assurances (jugement AI 32/95 du 31 août 1995). Il a ensuite formé un recours de droit administratif, que le Tribunal fédéral des assurances a admis par un arrêt du 29 novembre 1996, renvoyant l'affaire à l'Office AI pour nouvelle décision (arrêt TFA I 352/95).

Le 11 avril 2000, cet Office a octroyé à l'assuré une demi-rente avec effet depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1995 en fonction d'un degré d'invalidité de 50 %. L'assuré a recouru en vain contre cette décision auprès du Tribunal des assurances (jugement AI 167/00 du 31 octobre 2000). Saisi d'un recours de droit administratif, le Tribunal fédéral des assurances a derechef annulé le jugement cantonal ainsi que la décision de l'Office AI, renvoyant la cause à cet Office pour nouvelle décision (arrêt TFA I 86/01 du 9 juillet 2001).

Le 8 juillet 2004, l'Office AI a rendu une nouvelle décision fixant le degré d'invalidité à 62 %, ce qui ouvrait le droit à un trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (en vertu de la 4<sup>e</sup> révision LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'assuré a formé opposition. L'Office AI a rendu une décision rejetant l'opposition le 21 juillet 2005. L'assuré a recouru auprès du Tribunal des assurances. Son recours a été rejeté par un jugement du 15 août 2006 (AI 185/05). Il a ensuite recouru en vain au Tribunal fédéral (arrêt I 1009/06 du 14 novembre 2007 de la II<sup>e</sup> Cour de droit social).

Par ailleurs, par une décision du 13 mars 2006, l'Office AI a octroyé à l'intéressé une orthèse fémorale, à titre de moyen auxiliaire.

**B.** L'Office AI a ensuite engagé une procédure de révision, l'assuré ayant par ailleurs demandé une augmentation de la rente (dans un questionnaire de révision rempli le 5 décembre 2008).

Le 5 mars 2010, l'Office AI a communiqué à l'assuré un préavis (projet de décision) dans le sens d'un refus d'augmentation de la rente d'invalidité. La motivation de ce préavis est en substance la suivante : l'assuré a, dans le cadre de la procédure de révision, mentionné une aggravation de son état de santé depuis de nombreuses années ; or aucun élément objectif dans le dossier ne confirme une aggravation susceptible de modifier le droit à la rente partielle, en raison d'un degré d'invalidité de 62 %. Ce préavis se réfère à une expertise médicale réalisée à la Clinique [...] à Sion (Clinique P. \_\_\_\_\_), après un séjour d'observation en décembre 2009 (expertise du 7 janvier 2010 signée par le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, et la Dresse K. \_\_\_\_\_, psychiatre). Le service médical régional de l'AI (SMR) s'était, dans un avis du 3 mars 2010, prononcé dans le même sens que les experts, en admettant donc la même « *exigibilité médicale* » (pour l'exercice d'une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles) que celle déterminée antérieurement, qui avait abouti au calcul d'un degré d'invalidité de 62 %.

Le rapport d'expertise comporte les passages suivants :

"DIAGNOSTICS

Diagnosics ayant une répercussion sur la capacité du travail :

- Séquelles de poliomyélite du membre inférieur gauche (Z 86.6)

Diagnosics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Episode dépressif (F32), actuellement en phase de rémission

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) chez une personnalité à traits paranoïaques"

#### Appréciation sur le plan orthopédique :

"Grâce aux ostéotomies d'allongement du fémur et du tibia, il n'y a pas de différence de jambe notable entre les deux membres inférieurs et conséquemment pas de trouble majeur de la statique lombaire.

Par contre, les séquelles motrices au niveau du membre inférieur gauche sont très importantes, puisqu'il n'existe plus que quelques mouvements actifs d'abduction-adduction au niveau de la hanche.

Le genou gauche est instable en charge, se désaxant en valgum. L'arrière-pied présente un valgus de 30° et un équin de 25°, qui peuvent cependant être ramenés à la position neutre.

M. N.\_\_\_\_\_ présente certainement aussi des douleurs de surcharge de ses épaules, dues à l'usage constant des cannes anglaises. Il ne semble pas y avoir par contre au niveau vertébral, de pathologie importante."

#### Appréciation sur le plan rhumatologique :

"Si l'on s'en tient aux données médicales strictes, plus précisément à l'atteinte de l'appareil locomoteur, l'approche clinique débouche sur des diagnostics lésionnels précis qui figurent dans la liste ci-dessus. L'évaluation du handicap par le médecin est toutefois plus difficile, M. N.\_\_\_\_\_ s'attachant, au cours de l'anamnèse, à trouver systématiquement des obstacles pour les moindres activités de la vie quotidienne, manifestement habitué à être confronté aux questions touchant à ses déficiences. Outre les limitations physiques évidentes, concernant principalement le membre inférieur gauche, l'intéressé allègue un état douloureux diffus pour lequel il n'est pas toujours possible de trouver une cause anatomique précise.

Ainsi, pour les lombalgies qui occupent le devant de la scène, on n'observe pas de limitation fonctionnelle et les radiographies sont rassurantes, la vertèbre transitionnelle n'étant pas susceptible d'expliquer les symptômes. La hanche droite, second site douloureux dans la liste des doléances, ne montre pas non plus d'anomalie objectivable. Finalement, on observe un émoussement de la fosse sous-épineuse droite et une faiblesse de l'épaule droite en rotation externe, l'ensemble pouvant témoigner d'une atteinte de la coiffe des rotateurs expliquant un certain degré de pincement sous-acromial. Toutefois, le retentissement de l'atteinte de l'épaule sur les activités courantes doit être minimisé : le patient est autonome, utilise sans difficulté ses cannes anglaises, est capable de conduire un véhicule automobile.

Au total, et comme tous les somaticiens l'ont souligné jusqu'ici, l'atteinte structurelle, si elle est évidente, devrait permettre

l'exercice d'une activité qui n'exige ni effort de soulèvement ni déplacement. A l'évidence, ce sont des singularités non lésionnelles qui créent l'obstacle à un investissement de M. N. \_\_\_\_\_ dans une activité adaptée. Je partage finalement votre avis : on ne peut attester une aggravation depuis cinq ans de l'état de santé retentissant sur la capacité de travail."

Appréciation sur le plan neurologique (selon un avis du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, de la Clinique P. \_\_\_\_\_) :

"Sur le plan neurologique, le Dr H. \_\_\_\_\_ résume ainsi ses observations: "Ce patient souffre donc des séquelles d'une poliomyélite qui affectent en fait les deux membres inférieurs et à nette prédominance gauche ainsi que la ceinture abdominale. Il n'est pas exclu que cette affection ait également touché les membres supérieurs et la musculature de la nuque, puisqu'une faiblesse est relevée à mon examen clinique mais modérée. Ceci explique sans doute les difficultés croissantes que le patient ressent dans ses déplacements, surtout avec l'utilisation de cannes anglaises. D'autre part, chargeant principalement du côté droit, il souffre actuellement d'un syndrome du tunnel carpien débutant à droite. C'est la raison pour laquelle j'ai conseillé au patient d'adapter des protèges-main à ses cannes et de refaire un contrôle neurologique avec une évaluation électromyographique si la situation devait s'aggraver.

Quant à l'aggravation fonctionnelle ressentie par le patient, surtout dans ses déplacements et le maintien des positions statiques, elle s'explique par un syndrome post-poliomyélitique. Ce syndrome se caractérise par un déclin progressif de la force musculaire lié à la dégénérescence isolée d'unités motrices, due à une activité métabolique excessive et chronique des motoneurons qui ont survécu lors de la poliomyélite aiguë. Ce syndrome se manifeste comme chez notre patient par une augmentation de la faiblesse musculaire, une fatigue, des douleurs musculaires et articulaires, des crampes. Ces nouveaux symptômes expliquent les difficultés croissantes ressenties par le patient dans ses fonctions physiques telles que la marche, la station debout, monter et descendre les escaliers et sa mobilité dans les activité[s] quotidienne[s].

Sur la base de mes constatations cliniques, je note que la poliomyélite n'a pas affecté que le membre inférieur gauche dans sa phase aiguë, mais bien les deux membres inférieurs, la ceinture abdomino-pelvienne et la partie proximale des membres supérieurs. Ces séquelles étant susceptibles de s'aggraver avec le temps il est nécessaire que le patient soit suivi régulièrement par un neurologue afin de juger de l'évolution. En effet il est à craindre qu'il développe de plus en plus de douleurs et limitations des membres supérieurs étant donné qu'il se déplace avec des cannes anglaises et chargeant essentiellement le membre inférieur droit.

Rappelons qu'il présente déjà des signes d'un tunnel carpien droit.

En ce qui concerne les aspects professionnels, on peut admettre que l'incapacité de travail ne s'est pas modifiée depuis juin 2004, les limitations étant les mêmes que celles décrites dans les différents rapports médicaux à disposition. Toutefois il est à craindre que les limitations du patient augmentent avec l'âge."

Appréciation sur le plan psychiatrique :

"En conclusion, du point de vue psychique, l'évolution de son état actuel est donc plutôt favorable. Du point de vue psychique, il n'y a actuellement pas de limitation de la capacité de travail, cependant dans un équilibre et un statut d'invalidé complètement assimilé par l'intéressé."

Conclusion de l'expertise :

"En ce qui concerne l'exigibilité professionnelle, nous ne souscrivons pas aux récentes appréciations du Dr B.\_\_\_\_\_ (incapacité de 100 %) et de la Dresse R.\_\_\_\_\_ (incapacité de 80%). La situation de [M.] N.\_\_\_\_\_ est plus ou moins stabilisée, et elle ne s'est en tout cas pas notablement modulée depuis la décision de l'AI de juillet 2004, reconnaissant à l'assuré un degré d'invalidité de 62% et un trois[-]quarts de rente."

(Le Dr B.\_\_\_\_\_, généraliste, et la Dresse R.\_\_\_\_\_, de l'Hôpital [...], sont des médecins traitants de l'assuré)

**C.** L'assuré a fait part à l'Office AI de ses objections concernant le préavis, en critiquant certains aspects de l'expertise de la Clinique P.\_\_\_\_\_ et en affirmant vouloir se soumettre à des examens médicaux complémentaires.

Le 1<sup>er</sup> juin 2010, l'Office AI a rendu une décision formelle de refus d'augmentation de la rente d'invalidité. La motivation de cette décision correspond à celle du préavis.

**D.** Par acte daté du 30 juin 2010 et envoyé sous pli recommandé le 3 juillet 2010, l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut à l'annulation de la décision attaquée, à l'octroi d'une rente à 100 % et subsidiairement au renvoi de l'affaire à l'Office AI pour instruction complémentaire. Il invoque de

nouvelles limitations - douleurs, fatigues, épuisements et anxiétés, liés à un statut nerveux dégénératif - en se référant au rapport du Dr H.\_\_\_\_\_, dans l'expertise de la Clinique P.\_\_\_\_\_, qui évoque un syndrome post-poliomyélitique. D'après le recours, un nouveau rapport médical devrait être prochainement rédigé, sur la base d'examens neurologiques effectués au Centre hospitalier [...] (Centre hospitalier J.\_\_\_\_\_).

Dans sa réponse du 11 octobre 2010, l'Office AI propose, en l'état du dossier, le rejet du recours en faisant valoir qu'il n'existe pas, sur la base de l'expertise de la Clinique P.\_\_\_\_\_, de motif de révision. L'Office AI s'engage par ailleurs à analyser le nouveau rapport médical annoncé, une fois qu'il aura été produit.

La réponse de l'Office AI a été communiquée au recourant. Le juge instructeur l'a invité à produire le rapport médical mentionné dans l'acte de recours. Le recourant l'a envoyé le 7 janvier 2011 et il a encore produit d'autres documents médicaux.

L'Office AI a eu connaissance de ces nouvelles pièces et il a communiqué au tribunal un avis médical du SMR du 24 février 2011, signé par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, ainsi libellé :

"Les documents émanant du service de neurologie du Centre hospitalier J.\_\_\_\_\_, et datés du 24.06.2010 et du 21.09.2010 sont cette fois-ci complets. C'est sur celui daté du 21.09.2010[0] que figure un nouveau diagnostic, documenté par le biais de la consultation du 17.08.2009 et de l'IRM cervicale du 28.08.2010, à savoir : possible syndrome irritatif C7 (j'ajouterai : à droite). Objectivement, alors que le 17.06.2010 ce n'était pas le cas, il existe une parésie à M4 au MSD concernant le triceps, les extenseurs des doigts et fléchisseurs du carpe La parésie M3 du sus-épineux est en lien avec l'atteinte dégénérative connue de ce muscle. L'IRM cervicale du 28.06.2010 dévoile une spondylarthrose étagée associée à une hernie discale postéro-médiane modérée provoquant une sténose modérée à sévère du canal cervical en C5-C6 ; il y a également une protrusion discale postéro-médiane D légère à modérée sténosante en C6-C7 susceptible d'irriter la racine C7D ; pas de signe de compression médullaire. Il existe par ailleurs des sténoses foraminales D et G. Les neurologues proposent un traitement symptomatique. Enfin, ces 2 documents ne permettent pas d'objectiver d'aggravation du possible syndrome post-poliomyélitique par rapport aux observations faites à la Clinique P.\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise du 07.01.2010).

Conclusions: les douleurs et une parésie de certains muscles touchant le MSD sont le témoin d'une nouvelle affection, donc d'une aggravation, s'inscrivant dans le cadre de troubles dégénératifs avec conséquences neurologiques ; ils ont été documentés par IRM en date du 28.06.2010, et c'est à partir de cette date, et pas avant, que nous proposons d'admettre une aggravation objectivée. Il se pourrait que cette situation, si elle perdure, engendre de nouvelles limitations fonctionnelles. Pour répondre à vos questions, une aggravation a été documentée, elle est postérieure à janvier 2010 et également à la décision du 01.06.2010, et pourrait faire l'objet [...] d'investigations complémentaires dans le cadre d'une nouvelle demande de révision."

Dans des observations datées du 3 mars 2011, l'Office AI a déclaré se rallier à cette analyse de la situation qui, selon lui, ne s'est pas modifiée de façon significative entre le moment où l'expertise a été demandée à la Clinique P.\_\_\_\_\_ (fin 2009) et la date de la décision attaquée (début juin 2010). L'Office AI a proposé une nouvelle fois le rejet du recours, en ajoutant ce qui suit :

"Si l'aggravation de la situation objectivée fin juin 2010 perdure, nous invitons notre assuré à nous faire savoir s'il souhaite que nous considérions la production, en janvier 2011, du rapport du service de neurologie du Centre hospitalier J.\_\_\_\_\_ du 21 septembre 2010 comme une nouvelle demande de révision du droit aux prestations."

Invité à se déterminer à ce propos, le recourant a écrit le 28 mars 2011 qu'il « *rejet[ait] l'offre de l'Office AI et demand[ait] la continuation de la procédure de recours* ».

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

**1.** Le recours a été formé en temps utile (cf. art. 60 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]). Il est recevable à la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

**2.** Le recourant reproche à l'Office AI de ne lui avoir pas reconnu le droit à une rente entière ; il fait valoir une aggravation de son état de

santé, ou de nouvelles limitations, depuis la précédente décision lui accordant une rente partielle.

**a)** L'Office AI a, dans le cas particulier, instruit la cause, dans le cadre d'une procédure de révision, afin de déterminer si l'état de santé du recourant avait subi une évolution déterminante depuis 2004. Lorsque l'administration a ouvert une procédure de révision, ou est entrée en matière sur une nouvelle demande, il faut examiner si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (conditions de la révision selon les art. 17 LPGA et 87 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. notamment ATF 133 V 108).

**b)** En l'occurrence, l'Office AI a recueilli différents avis médicaux afin d'être en mesure de déterminer s'il y avait eu aggravation de l'état de santé ; il a en particulier confié une expertise à un centre médical pluridisciplinaire, où le recourant a été examiné par un neurologue. Le recourant prétend, précisément, que ce neurologue - le Dr H.\_\_\_\_\_ de la Clinique P.\_\_\_\_\_ - aurait émis des réserves ou aurait diagnostiqué d'autres atteintes résultant de la poliomyélite.

Or il ressort clairement du rapport d'expertise que, pour le Dr H.\_\_\_\_\_, la capacité de travail - à savoir les limitations fonctionnelles découlant des atteintes à la santé, singulièrement des séquelles d'une poliomyélite - ne s'est pas modifiée depuis juin 2004. Ce spécialiste a mentionné un syndrome post-poliomyélique et le risque d'une aggravation avec le temps ; il n'a pas pour autant retenu l'existence d'éléments justifiant une révision du droit à la rente.

D'une façon générale, le rapport d'expertise de la Clinique P.\_\_\_\_\_ est probant (s'agissant des critères posés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves médicales et le contenu des expertises, cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et ATF 125 V 351 consid. 3a ; cf. également TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5 et TF 9C\_1023/2008

du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Il en résulte qu'au début de l'année 2010, aucun élément du dossier officiel n'était propre à établir ou à rendre vraisemblable une aggravation de l'état de santé du recourant par rapport à 2004, ni au moment de l'ouverture de la procédure de révision (à la fin de l'année 2008), ni à la période où l'Office AI a préparé puis rendu la décision attaquée.

**c)** Le recourant a eu l'occasion, durant la procédure de recours, de produire de nouveaux rapports médicaux, qui ont fait l'objet d'une appréciation par le SMR. Les médecins de ce service ont exposé que des éléments nouveaux objectifs sont apparus sur une image IRM réalisée le 28 juin 2010. Ils n'ont en revanche pas trouvé d'indication dont il faudrait déduire que l'aggravation serait survenue avant le 1<sup>er</sup> juin 2010 (date de la décision attaquée), étant rappelé qu'elle n'avait pas été constatée cinq mois auparavant par le Dr H.\_\_\_\_\_. Le recourant ne conteste pas véritablement la date de l'aggravation ; il se borne en effet, dans sa dernière écriture, à faire valoir qu'il pourrait exister des doutes à ce propos. Une détermination exacte du moment de l'aggravation est effectivement difficile à faire ; néanmoins, il est suffisamment vraisemblable que la date retenue par les médecins du SMR, qui ont expliqué leur analyse de la situation, est valable. Dès lors, comme l'aggravation est postérieure à la décision attaquée, on ne saurait reprocher à l'Office AI d'avoir violé le droit fédéral en refusant de réviser le droit à la rente en statuant sur ce point le 1<sup>er</sup> juin 2010. Les griefs du recourant sont donc mal fondés.

**3.** Le recourant a déclaré qu'il souhaitait une décision du tribunal sur son recours et que, partant, il ne voulait pas que ses écritures, dans la procédure judiciaire, soient traitées par l'Office AI comme une nouvelle demande de révision du droit aux prestations. Il faut en prendre acte dans le présent arrêt.

Cela étant, après l'entrée en force du présent arrêt, l'Office AI conserve la possibilité de traiter les écritures du recourant à la Cour de

céans comme une nouvelle demande de révision du droit aux prestations, dans la mesure où cette solution est favorable au recourant.

**4.** Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, la procédure de recours devant le Tribunal cantonal est soumise à des frais de justice. Les frais du présent arrêt doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 1<sup>er</sup> juin 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge du recourant N.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- N. \_\_\_\_\_,
- 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).

La greffière :