

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 avril 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

B. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Procap, à Lausanne,

et

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

Art. 17; art. 43 al. 1 LPGA; art 57 al. 1 let. f LAI; art. 69 RAI; art. 82 LPA-VD

Vu la demande de révision de rente d'invalidité déposée le 2 mars 2009 par B. _____ (ci-après: l'assuré),

vu le rapport médical établi le 27 mars 2009 par la Dresse K. _____, médecin FMH traitant, qui fait état d'une aggravation importante des troubles psychiques de l'assuré,

vu le rapport médical établi le 16 juin 2009 par le Dr L. _____, psychiatre FMH traitant, qui pose les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de Trouble dépressif récurrent, épisode moyen sans symptôme psychotique (F 33.4), Anxiété généralisée (F 41.1), Troubles mixtes de la personnalité (F 61.0),

vu les rapports médicaux des 15 mai et 17 juin 2009 des Drs P. _____, cardiologue FMH, et Q. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique,

vu l'avis du Dr R. _____ du SMR du 26 août 2009 qui retient notamment que le tableau somatique relevé par le Dr Q. _____ est similaire à celui objectivé lors de l'instruction initiale,

vu le rapport médical de la Dresse K. _____, du 29 décembre 2009, qui synthétise les observations des Drs Q. _____ et P. _____, desquelles il ressort que sur le plan orthopédique, le Dr Q. _____ retient des lombalgies basses à irradiations glutéales bilatérales sans sciatique ni syndrome neurologique déficitaire pour lesquelles il a proposé un traitement orthopédique conservateur consistant en une rééducation rachidienne associée à une stabilisation lombaire basse de type musculation ciblée, que ce traitement n'a toutefois pas pu être mis en œuvre, étant donné le fort état dépressif de l'assuré et que dans ces conditions aucune des activités habituelles exercées jusqu'alors ni aucune activité nécessitant le port de charges, les mouvements répétitifs au niveau de la colonne vertébrale et les stations assise/debout de manière prolongée, n'est plus exigible; que sur le plan cardio-vasculaire, le Dr P. _____ indique que l'assuré, fortement dépressif, présente plusieurs

facteurs de risques cardio-vasculaires dont un syndrome métabolique X avec une hypercholestérolémie, une glycémie initiale augmentée, une HTA sur le lit d'examen et une obésité androïde, ainsi qu'un abaissement du peak-flow de 11% par rapport à la valeur théorique attendue; que sur le plan psychique, la Dresse K._____ ajoute que l'état dépressif de l'assuré s'est aggravé courant 2009 avec l'apparition d'idées suicidaires, d'importants troubles de l'adaptation avec bouffées d'anxiété, d'angoisse et de notions de dysmorphophobie, auxquels s'ajoutent des accès boulimiques destinés à combler un vide psycho-affectif inépuisable et incontrôlable, une insomnie persistante malgré la prise de médicaments psychotropes, ainsi qu'une surcharge pondérale et un diabète de type II, qui aggravent encore la pathologie et entraînent une incapacité de travail totale, et que seule une prise en charge psychiatrique peut conduire l'assuré à avoir accès aux soins sur le plan somatique et permettre d'envisager une réinsertion professionnelle,

vu l'expertise psychiatrique du Dr X._____, psychiatre FMH, du 29 juillet 2010 qui retient que l'assuré présente un trouble dépressif récurrent en rémission récente avec un risque élevé d'un nouvel épisode et des périodes d'exacerbation de l'anxiété justifiant une incapacité de travail durable de 50 %,

vu la décision rendue le 8 novembre 2010 par l'OAI, refusant à l'assuré d'augmenter sa rente d'invalidité au motif que son préjudice économique reste de 50% et que son activité est adaptée,

vu le recours interjeté le 6 décembre 2010 contre cette décision par l'assuré, représenté par Procap, qui conclut à la constatation du caractère manifestement erroné de la décision d'octroi d'origine de la demi-rente, au lieu d'une rente entière, et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire (expertise médicale) et nouvelle décision au sens des considérants portant sur l'octroi d'une rente entière, basée sur une invalidité de 100%,

vu les griefs soulevés par le recourant, selon lesquels, l'intimé n'était pas fondé à s'écarter des conclusions de l'expertise pleinement probante du Dr W._____ du 6 juin 2001 qui atteste clairement une incapacité totale de travail dans toute activité, motif pour lequel la décision initiale d'octroi d'une demi-rente du 6 mars 2002 est manifestement erronée, que s'agissant de la décision querellée, le recourant reproche également à l'intimé d'avoir retenu une capacité de travail résiduelle inchangée de 50%, fondée sur les conclusions de l'expertise du Dr X._____ du 29 juillet 2010 qui n'est pas probante selon lui car elle repose sur un contexte médical peu clair et retient à tort une amélioration subite de son état de santé en juin 2010, alors que celui-ci est cristallisé et chronicisé depuis de nombreuses années,

vu la réponse de l'office intimé du 2 février 2011, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée,

vu les arguments de l'intimé, qui rappelle d'une part que la décision initiale d'octroi d'une demi-rente n'a pas été contestée par l'assuré de sorte qu'elle a aujourd'hui force de chose jugée, et que d'autre part l'expertise du Dr X._____ est particulièrement motivée et convaincante, l'expert n'ayant pas, quoi qu'en dise le recourant, constaté d'amélioration subite de son état de santé pour justifier une incapacité durable de 50%, mais a au contraire expliqué que le recourant présente un trouble dépressif récurrent et un trouble anxieux, sans précision, à l'origine d'une incapacité de travail durable de 50% en raison d'une récurrence potentielle s'inscrivant dans une fragilité constitutionnelle psychique,

vu la réplique du 17 février 2011 du recourant, aux termes de laquelle il demande à l'autorité de céans de constater le caractère manifestement erroné de la décision initiale d'octroi d'une demi-rente du 6 mars 2002 et d'inviter l'intimé à reconsidérer sa décision,

vu la duplique de l'intimé, qui fait valoir en substance que sa décision initiale d'octroi d'une demi-rente n'est manifestement pas

erronée, qu'il bénéficie au surplus d'un pouvoir discrétionnaire en matière de reconsidération dans le respect des principes posés par la jurisprudence, et qu'au demeurant seul l'Office fédéral des assurances sociales peut le contraindre à reconsidérer une décision conformément à l'art 64 LAI,

vu le rapport médical de la Dresse K. _____ du 30 janvier 2011 qui retient ce qui suit :

"Résumé des constatations des différents expertises.

a) Dans le rapport d'expertise du Dr W. _____ du 6.6.2001 cité à la page 15 point 8: «Comme spécifié ci-dessus, M. B. _____ présente une atteinte intégrale (100%) à la santé psychique invalidante au sens de l'AI et ceci depuis le 01.09.1999.»

b) Rapport d'expertise du Dr W. _____ du 20.09.2005 cité à la page 18 point 6 Degré de la capacité de travail : «Depuis notre dernière évaluation, nous pouvons constater une persistance de l'incapacité de travail totale dans toute activité. (...) L'incapacité de travail se maintient.»

c) Dr L. _____ 16 juin 2009 «Depuis 1999, l'état de l'assuré demeure inchangé malgré les traitements médicamenteux et l'appui psychothérapeutique. (...) Une incapacité de travail totale est attestée depuis 2001. Dans la situation actuelle de l'assuré, toute tentative de réadaptation professionnelle est vouée à l'échec».

d) Rapport du 29 décembre 2009 du Dr K. _____ «(...) l'état anxio-dépressif de M. B. _____ s'est aggravé avec l'apparition des idées suicidaires, d'importants troubles de l'adaptation avec bouffées d'anxiété, d'angoisse et de notions de dysmorphophobie. Il faut ajouter des accès boulimiques destinés à combler un vide psycho-affectif inépuisable et incontrôlable, une insomnie persistante malgré la prise de médicaments psychotropes, ainsi qu'une surcharge pondérale décelée récemment et une diabète de type II tout ceci aggravant encore la pathologie. Dans ces conditions le patient présente une incapacité de travail totale et seulement une prise en charge médicale psychiatrique le menant à pouvoir avoir accès à des soins sur le plan somatique, permettra d'envisager une réinsertion professionnelle et évitera une chronicisation.»

e) Dr X. _____ (expertise du 29.7.2010) admet dans un premier temps la «péjoration de l'état de santé psychique en 2009.» «En résumé, il s'agit d'un assuré qui présente un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, ainsi qu'un trouble anxieux, sans précision. Si actuellement la symptomatologie est réduite, au vue d'une récurrence potentielle s'inscrivant dans une fragilité constitutionnelle psychique, ces affections doivent être considérées globalement comme étant à l'origine d'une incapacité de travail durable de 50%. Il n'y a pas d'arguments en faveur d'une aggravation durable en 2009.»

Le trouble dépressif récurrent était accompagné d'arthralgies très douloureuses qui se sont présentées progressivement. A cet effet le patient avait des énormes difficultés à effectuer des déplacements ainsi que des gestes de la vie quotidienne. Dans ce contexte tout prise en charge constituait un effort insurmontable. Il a montré dès lors des signes d'aggravation de son état dépressif, avec des idées suicidaires, troubles du sommeil, troubles alimentaires, négligence de soins personnels avec une gingivite avec décollement de gencives, une perte de pièces dentaires et un isolement social, se plaignant de difficultés de gestion de ses paiements. Au bout d'un travail de soutien de huit à neuf mois le patient a accepté la nécessité d'une prise en charge par un collègue psychiatre le Dr L. _____ et a entrepris un traitement dentaire. Il a été alors en mesure de différencier la pathologie douloureuse, ce qui l'a conduit à une consultation de rhumatologie du CHUV. A ce propos il reçoit des médicaments immunorégulateurs qui sont indiqués pour le traitement de polyarthrite rhumatoïde nécessitant une surveillance médicale rapprochée.

En résumé, l'état dépressif constitue une pathologie à évolution chronique. Sur le plan somatique au cours de deux dernières années il a présenté une polyarthrite rhumatoïde (PR) qui grève encore d'avantage sa capacité de travail."

vu le rapport médical du Dr N. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecin-chef à la clinique de rhumatologie, Service de médecine physique et rééducation, des HFR, dont il ressort ce qui suit :

"En ce qui concerne vos questions, l'état de santé de M B. _____ n'est pas bon. Nous avons posé un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde le 28.05.2010 chez ce patient connu auparavant surtout pour des problèmes ostéo-articulaires dégénératifs et des troubles psychiques.

Dans le cadre de cette atteinte rhumatologique, il a été mis au bénéfice d'un traitement associant du méthotrexate et un anti-TNFa, traitement moderne que l'on pourrait qualifier d'extrêmement agressif et optimal. Malgré ce traitement, au dernier contrôle le 21.12.10, on notait encore une maladie active avec 6 articulations douloureuses et 3 tuméfiées sur le compte de 26, ce qui parle pour une activité modérée, certainement insuffisante. On peut donc considérer que l'état reste mauvais avec un nouveau diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, qui en elle-même, et isolément, a un mauvais pronostic fonctionnel d'un point de vue de sa capacité de travail.

Les 2 expertises du Dr W. _____ antident la problématique du rhumatisme inflammatoire et je note que, malgré cela, l'évaluation parlait pour la persistance de l'incapacité de travail totale dans toute activité, aussi bien pour l'expertise de 2001 que de 2009, où les récupérations d'une capacité de travail à 50 % restaient tout à fait hypothétiques.

L'expertise du Dr X. _____ a eu lieu après la survenue du rhumatisme inflammatoire et nous avons d'ailleurs eu un contact avec le Dr X. _____ pour lui annoncer la survenue de ce rhumatisme inflammatoire. Toutefois, le Dr X. _____ ne s'est prononcé que sur l'affection psychiatrique présentée par M. B. _____, et il conclut, page 16, que «ces affections doivent être considérées globalement comme étant à l'origine d'une incapacité de travail durable à 50 %.».

De même, page 17, il note «un taux d'activité supérieur à 50 %, dans quelque activité que ce soit, n'est actuellement pas possible, en raison du risque de rechute sur le plan dépressif et anxieux...». En conclusion, cette expertise est bien faite, reconnaît le problème psychiatrique important de M. B. _____, mais ne tient pas compte d'une problématique ostéo-articulaire sévère.

Or, outre des problèmes dégénératifs, M. B. _____ souffre d'une polyarthrite rhumatoïde sévère, certainement incompatible avec une

activité professionnelle. En soi, cette atteinte entraîne chez la plupart des gens, sauf dans des cas très particuliers avec un travail à contexte idéal, une incapacité souvent complète. De plus, cette affection, chronique et douloureuse, influence certainement de façon négative le psychisme et l'anxiété de M. B._____, et ce de manière compréhensible.

Il me semble donc qu'il y a tous les arguments pour demander une réévaluation d'une rente dans le sens d'une invalidité complète chez un patient associant un problème psychiatrique qui, s'il s'est stabilisé, reste chronique et motive en soi déjà une incapacité de 50 %, à la présence maintenant d'un rhumatisme inflammatoire sévère dont le pronostic est mauvais, puisqu'à plus de 6 mois, malgré un traitement associant un traitement de fond et un traitement biologique, la réponse est incomplète et insatisfaisante.

M. B._____ présente déjà d'un point de vue rhumatologique une incapacité complète. La probabilité d'une modification fondamentale de cette incapacité avec d'autres traitements, compte tenu des traitements auxquels il échappe déjà, peut être considérée comme faible. La polyarthrite rhumatoïde est un élément nouveau, qui en soi motiverait une révision de la rente. L'association des 2 éléments motive certainement une incapacité complète."

vu le rapport médical établi le 28 février 2011 par le Dr J._____, psychiatre FMH traitant, qui relève que l'amélioration de l'état psychique du patient récente en juin fait face à la longue évolution de la maladie (1998) au prix de beaucoup d'effort du patient qu'il est encore parfois envahi par des moments de tristesse et de pleurs et que les douleurs liées à la polyarthrite rhumatoïde dont souffre M. B._____ sont toujours présentes et contribuent à maintenir une certaine instabilité psychique (il a des difficultés de sommeil, des angoisses et de la fatigue),

vu les déterminations du 29 mars 2011 de l'OAI, qui expose qu'il a soumis les rapports précités au SMR pour appréciation, qu'il se rallie à l'avis médical SMR établi le 14 mars 2011 par le Dr R._____, lequel constate ce qui suit :

« Le courrier du Dr K. _____ n'apporte aucun fait nouveau de la sphère psychique, il en va de même du courrier du Dr J. _____. Par contre, ce médecin écrit que l'assuré présente une polyarthrite rhumatoïde (PR) au cours des deux dernières années alors que le Dr N. _____ écrit que le diagnostic a été posé en mai 2010. Le Dr N. _____ r écrit que l'assuré souffre d'une PR sévère incompatible avec une activité professionnelle, mais laisse entendre que dans une activité idéale il pourrait exister une CT résiduelle sans pour cela se prononcer clairement sur cette dernière. La PR constitue un fait nouveau. L'avis du Dr N. _____ ne nous permet pas de déterminer si l'état de santé est stationnaire, de fixer les limitations fonctionnelles somatiques et d'apprécier la CT résiduelle dans une activité adaptée. Un diagnostic de PR a été porté au CHUV en mai 2010. L'assuré traité par des médicaments spécifiques à cette maladie chronique dans le cadre d'une étude clinique. Il s'agit d'un fait nouveau. Plaise au Tribunal d'accorder à l'institution la mise en place d'un examen rhumatologique SMR ou d'une expertise rhumatologique. »

et qui conclut à la mise en œuvre d'un examen rhumatologique auprès du SMR - ce qui justifierait une suspension de la cause - ou d'une expertise judiciaire,

vu les pièces au dossier;

attendu que, déposé en temps utile, le recours est également recevable en la forme (art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1), rendant dans ces cas à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet, sommairement motivée (al. 2);

attendu que l'expertise du Dr X._____ est convaincante (il n'y a pas eu d'éléments nouveaux depuis la dernière révision de rente du 20 avril 2007 - décision entrée en force),

que contrairement à ce qu'affirme le recourant, l'expert n'a constaté aucune amélioration miraculeuse pour justifier la capacité de travail de 50 % retenue, mais expose au contraire que l'assuré présente un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, ainsi qu'un trouble anxieux, qu'il ajoute que si la symptomatologie est réduite, ces affections doivent être considérées globalement comme étant à l'origine d'une incapacité de travail durable de 50 %, au vu d'une récurrence potentielle s'inscrivant dans une fragilité constitutionnelle psychique,

qu'ainsi l'expertise remplit les critères en matière de valeur probante, comme le confirme par ailleurs le Dr N._____ qui relève que cette expertise est en conclusion bien faite, reconnaît le problème psychiatrique important de M. B._____, mais ne tient pas compte d'une problématique ostéo-articulaire sévère;

attendu que la décision d'octroi d'origine de la demi-rente du 6 mars 2002, entrée en force, n'était pas manifestement erronée,

que même si le Dr W._____ avait fixé la capacité de travail de l'assuré à 50 % à condition qu'il suive un stage de réadaptation professionnelle, le Dr Y._____ du SMR a indiqué sur ce point qu'il estimait que le trouble dépressif ne justifiait pas en lui-même une incapacité de travail de plus de 50 %,

qu'il s'agit d'une appréciation médicale différente et non pas d'une erreur manifeste,

qu'en l'espèce, dans sa réponse du 29 mars 2010, l'OAI convient de la nécessité de procéder à des mesures d'instruction supplémentaires sur le plan rhumatologique - le rapport médical du Dr N._____ du 14 février 2011 mettant en évidence une aggravation de

l'état de santé somatique de l'assuré, par l'apparition d'une polyarthrite rhumatoïde, depuis mai 2010 - afin de déterminer si l'état de santé de l'assuré est stationnaire, de fixer les limitations fonctionnelles et d'apprécier la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée;

attendu qu'il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 et 2 LPGa; art. 57 al. 1 let. f LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]; art. 69 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]),

que la cour de céans ne saurait dès lors ordonner elle-même une expertise,

que la cause devant l'autorité de céans ne peut être suspendue pour permettre à l'OAI de compléter son instruction, le recours ayant effet dévolutif,

que le recours, tendant notamment à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'au renvoi à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision, s'avère ainsi manifestement bien fondé, les faits pertinents n'ayant pas été constatés de manière complète sur le plan médical (art. 98 let. b LPA-VD),

que la décision attaquée du 8 novembre 2010 doit en conséquence être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après complément d'instruction sur le plan médical, sous la forme d'une expertise rhumatologique mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGa;

attendu que le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGa; art. 55 al. 1 LPA-VD), dont il convient d'arrêter le montant, à ce stade de la procédure, à 1'500 fr. à la charge de l'OAI (art. 55 al. 2 LPA-VD),

qu'il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire à la charge de l'intimé qui succombe (art. 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 8 novembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour nouvelle décision après complément d'instruction sur le plan médical dans le sens des considérants.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap (pour M. B._____)
- 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 :