

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 septembre 2020

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Röthenbacher et Pasche, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Bernel, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 et 53 al. 1 LPGA ; art. 28 al. 1 let. b - c et 29 al. 1 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a, dans un premier temps, bénéficié d'une rente entière d'invalidité en raison, essentiellement, d'un état anxio-dépressif et d'un trouble de la personnalité. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a alloué cette rente avec effet dès le 1^{er} octobre 2003, par décision du 8 novembre 2005. A l'époque, il s'est notamment fondé sur une expertise psychiatrique du 16 mars 2004 du Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et d'une expertise psychiatrique réalisée le 15 août 2003 par le Dr X. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, toutes deux à la demande d'une autre assurance.

b) Par décision du 18 novembre 2009, l'OAI a supprimé, par voie de révision, la rente dont l'assurée était titulaire. Il s'est fondé sur un examen rhumato-psychiatrique réalisé dans les locaux du Service médical régional de l'assurance-invalidité ([ci-après : SMR]; rapport du 2 novembre 2007). Les experts du SMR (les Drs P. _____, spécialiste en psychiatrie, et N. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie) ont constaté que l'état de santé s'était amélioré, que l'atteinte dépressive était en rémission et que le trouble de la personnalité n'entraînait plus d'incapacité de travail. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a déclaré irrecevable le recours interjeté contre cette décision, par arrêt du 13 octobre 2011 (CASSO AI 195/11 - 484/2011 du 13 octobre 2011). Le Tribunal fédéral a rejeté le recours contre cet arrêt, le 30 avril 2012 (TF 9C_893/2011 du 30 avril 2012).

c) L'assurée a déposé une nouvelle demande en septembre 2013, sur laquelle l'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 12 février 2015. Cette décision n'a pas été contestée. Entre-temps, l'assurée a été mise sous curatelle, le 16 décembre 2014.

B. Le 18 juillet 2015, J._____ a déposé une nouvelle demande, par l'intermédiaire de sa curatrice.

Sur la base des rapports des médecins consultés (rapport du 15 octobre 2013 du Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale ; rapports des 16 octobre 2013 et 29 juin 2015 du Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie), l'OAI, après être entré en matière, a ordonné une expertise psychiatrique. Le Professeur S. _____ et le Dr B._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et en psychothérapie, ont établi leur rapport le 4 décembre 2017. Diagnostiquant, avec effet sur la capacité de travail, un trouble de la personnalité paranoïaque (F60.0 ; depuis la fin de l'adolescence) et posant les diagnostics, non incapacitants, de neurasthénie ([F48.0] ; depuis 2002) et de somatisation ([F45.0] ; depuis 2016), ces médecins ont constaté une capacité de travail limitée à 50 % dans une activité impliquant un minimum d'interactions sociales. Ils ont fait remonter l'incapacité de travail à 2002. Après consultation de son service de réadaptation professionnelle et du SMR (rapport du 20 décembre 2017 du Dr W._____), l'OAI a constaté que la capacité résiduelle de travail ne pouvait pas être mise en valeur et a alloué une rente entière d'invalidité, avec effet dès le 1^{er} janvier 2017, par décision du 12 septembre 2018. Il a considéré que l'état de santé s'était péjoré depuis le 1^{er} janvier 2016.

C. Par acte du 12 octobre 2018, J._____, représentée par Me Alexandre Bernel, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 12 septembre 2018, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui soit octroyée dès janvier 2016 inclus, « voire dès une autre date antérieure à fixer à dire de justice », subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction dans le sens des considérants, le tout sous suite de frais et de dépens. Elle soutient que l'expertise du 4 décembre 2017 constitue un motif de révision procédurale de la décision de suppression de rente du 18 novembre 2009 et qu'une révision (au sens de l'art. 17 LPGa [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]) devrait quoi qu'il en soit prendre

effet le 1^{er} janvier 2016. Elle estime que la péjoration de l'état de santé est bien antérieure à la date admise par l'OAI, mais convient que la révision ne peut prendre effet que six mois après le dépôt de la nouvelle demande conformément à l'art. 29 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

Le tribunal a ouvert une procédure de recours sous le numéro de cause AI 307/18.

D. Simultanément à son recours, la recourante a adressé à l'OAI, le 12 octobre 2018, une demande de révision procédurale « et/ou » de reconsidération de la décision de suppression des prestations du 18 novembre 2009. Le 21 janvier 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération.

Le 4 avril 2019, l'OAI a informé le tribunal de cette décision et du fait qu'il statuerait sur la demande de révision procédurale une fois connu le sort de la procédure de recours contre la décision du 12 septembre 2018.

Le 18 novembre 2019, le juge en charge de l'instruction de la cause a invité l'OAI à statuer sur la demande de révision procédurale et a suspendu la procédure de recours jusqu'à droit connu sur cette demande.

Par projet de décision et décision du 10 février 2020, l'OAI a rejeté la demande de révision procédurale de la décision de suppression de rente d'invalidité du 18 novembre 2009.

E. Par acte du 16 mars 2020, J._____, agissant par Me Bernel, a interjeté recours devant la Cour de céans, concluant à la réforme de la décision du 10 février 2020 en ce sens qu'il « est constaté que la demande de révision procédurale [...] est bien fondée », subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui soit octroyée dès janvier 2010 inclus, « voire dès une autre date antérieure à fixer à dire de justice », le tout sous suite de frais et de dépens.

Le tribunal a ouvert une procédure de recours sous le numéro de cause AI 86/20.

Le 10 juillet 2020, le juge instructeur a joint les causes AI 307/18 et AI 86/20.

Le 17 juillet 2020, la recourante a modifié ses conclusions et demandé, sous suite de frais et dépens, la révision procédurale de la décision du 18 novembre 2009 en ce sens qu'une rente entière lui soit allouée dès janvier 2010 inclus, « voire dès une autre date antérieure à fixer à dire de justice ». A titre subsidiaire, elle demande la réforme de la décision du 12 septembre 2018 en ce sens qu'une rente entière lui soit allouée dès janvier 2016 inclus, « voire dès une autre date antérieure à fixer à dire de justice ».

Aux termes de déterminations du 6 août 2020, l'OAI a maintenu sa proposition tendant au rejet des conclusions de la recourante et à la confirmation des décisions litigieuses.

Le 10 août 2020, cette dernière écriture a été communiquée au représentant de la recourante pour son information.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposés en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), les recours sont recevables.

2. a) Par décision du 18 novembre 2009, l'intimé a mis fin à la rente entière d'invalidité dont la recourante était titulaire, avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, soit dès le 1^{er} janvier 2010. Par ses conclusions principales, la recourante demande que la décision du 10 février 2020 soit réformée en ce sens que la décision de suppression de rente du 18 novembre 2009 soit révisée et qu'une rente entière lui soit allouée pour la période courant dès le 1^{er} janvier 2010. Dans la mesure où ses conclusions concerneraient une période antérieure au 1^{er} janvier 2010 voire « dès une autre date antérieure à fixer à dire de justice », elles sont sans objet.

b) Par ses conclusions subsidiaires, la recourante demande que la décision du 12 septembre 2018 soit réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée dès le 1^{er} janvier 2016 ou « dès une autre date antérieure à fixer à dire de justice ». Elle se fonde sur un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

3. a) 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 (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA).

b) La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF ([loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110] ; TF 8C_120/2017 du 20 avril 2017, consid. 2). Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits

étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 134 III 669 consid. 2.2). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision entreprise et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, les documents médicaux destinés à prouver ces faits ne doivent pas donner une appréciation différente de la situation prévalant au moment de la décision entreprise mais démontrer que les bases de ladite décision comportaient des défauts objectifs. Une appréciation initiale inexacte doit donc être la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b).

4. a) En l'espèce, les experts S._____ et B._____ posent certes un diagnostic nouveau, mais ce constat repose sur une nouvelle appréciation médicale d'un état de fait connu depuis la décision initiale d'octroi de prestations, rendue en 2005. A l'époque, en effet, la rente avait été allouée sur la base, notamment, d'une expertise du Dr G._____ posant un diagnostic de trouble de la personnalité dépendante (F60.7), et d'une expertise du Dr X._____, qui avait pour sa part mis en évidence, notamment, un trouble de l'adaptation mixte, prolongé, avec perturbation des émotions et des conduites, avec somatisation, d'intensité moyenne-sévère à sévère (F43.25). Le Dr X._____ avait souligné plusieurs difficultés de l'assurée sur lesquelles les experts S._____ et B._____ ont appuyé leur diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque (F60.0) et, surtout, leur appréciation des limitations fonctionnelles de la recourante (difficulté à gérer les relations interpersonnelles, en particulier). Le Dr X._____ a ainsi souligné que l'assurée n'était pas équilibrée sur le plan affectif-émotionnel, qu'elle était hautement perturbée dans ses interactions psychiques, qu'elle était décompensée et

réagissait de manière agitée durant l'entretien, avec une forte tension psychique intérieure. Le Dr X._____ a également mis en évidence des indices cliniques nets pour une diminution de la tolérance aux frustrations, avec une déficience du contrôle des émotions. Le Dr G._____ avait connaissance de l'expertise du Dr X._____, dont il a repris de larges extraits dans sa propre expertise. En réalité, la différence entre les diagnostics posés (trouble de la personnalité dépendante *versus* trouble de la personnalité paranoïaque) ne repose donc pas sur la découverte de faits nouveaux, mais sur une appréciation différente d'un même état de fait par des experts différents.

Par la suite, les experts P._____ et N._____ avaient connaissance du dossier médical et des expertises des Drs X._____ et G._____. Ils ont posé la même appréciation diagnostique que le Dr G._____ (trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants F60.7). Ils ont toutefois estimé que si le trouble de la personnalité était encore bien présent, il n'était pas décompensé lors de l'expertise et n'entraînait par conséquent pas de limitation de la capacité de travail. Les experts S._____ et B._____ estiment pour leur part que le trouble de la personnalité paranoïaque entraînait une incapacité de travail depuis 2002, sans interruption jusqu'au moment où ils ont examiné l'assurée. Sur ce point encore, il s'agit d'une simple appréciation divergente de celle des experts P._____ et N._____, et non d'une constatation reposant sur la découverte de faits nouveaux. On soulignera, dans ce contexte, que le seul fait que les Drs P._____ et N._____ n'aient pas, à l'époque, discuté expressément d'un trouble de la personnalité paranoïaque, ne permet pas de considérer, comme le fait le Dr W._____ dans son avis du 20 décembre 2017, qu'un tel trouble n'avait pas été suspecté à l'époque et que les constatations des Drs P._____ et N._____ reposaient sur un examen superficiel. Si le rapport des Drs P._____ et N._____ est certes relativement bref et aurait mérité d'être développé davantage, il reste que ces deux médecins avaient connaissance des expertises précédentes et qu'ils ont pris soin de vérifier qu'il n'y avait pas, au moment de leur expertise, de trouble de la personnalité décompensé (« L'entretien ne met en évidence aucun élément évocateur d'une atteinte du registre

psychotique ni d'un trouble décompensé de la personnalité »). Le fait que les Drs S._____ et B._____ ne partagent pas, rétrospectivement, cette appréciation – au demeurant sans véritablement discuter de l'amélioration attestée à l'époque par les médecins du SMR – ne signifie pas que les Drs P._____ et N._____ seraient passés à côté d'un diagnostic ou d'un fait important, ni de considérer l'expertise réalisée en 2017 comme un fait nouveau ou un moyen de preuve nouveau justifiant une révision procédurale de la décision du 18 novembre 2009.

Au demeurant, il est en réalité très vraisemblable que le trouble de la personnalité de la recourante, qu'il s'agisse d'un trouble de la personnalité paranoïaque ou d'un trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants, s'est péjoré entre l'examen clinique des Drs P._____ et N._____ et celui des Drs S._____ et B._____, comme on le verra ci-après. Cela peut expliquer les divergences d'appréciation entre ces médecins.

b) Vu ce qui précède, les conditions d'une révision procédurale ne sont pas remplies.

5. a) Lorsqu'une rente a été refusée ou supprimée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande de rente ne peut être examinée – en dehors d'une révision procédurale ou d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA – que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré

d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

b) Sous réserve de l'art. 29bis RAI, qui n'est pas applicable en l'espèce, le droit à la rente ensuite d'une nouvelle demande prend naissance lorsque l'assuré a présenté une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI), mais au plus tôt dans un délai de six mois après le dépôt de la nouvelle demande (art. 29 al. 1 LAI).

6. a) L'intimé a admis, sur la base de l'expertise des Drs S._____ et B._____, que l'assurée ne dispose plus que d'une capacité de travail limitée dans une activité comportant le mois d'interactions sociales possibles. Il en a conclu qu'au vu des limitations, il n'était plus possible pour l'assurée de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce constat, qui ne prête pas flanc à la critique. Il convient en revanche de déterminer si la péjoration de l'état de santé et l'incapacité de travail qui en résulte remontent au 1^{er} janvier 2016, comme l'a admis l'intimé, ou à une date antérieure.

b) L'OAI a fixé la date de la péjoration de l'état de santé au 1^{er} janvier 2016 en raison de l'apparition d'un trouble somatisation et de l'abandon de l'activité lucrative. Cette dernière n'était toutefois déjà exercée qu'à un taux très réduit, de l'ordre de 25 à 30 %. Pour leur part, les experts ont estimé que l'incapacité de travail datait de 2002 déjà, apparemment sans interruption notable. Cela n'est toutefois pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, au vu des constatations des Drs P._____ et N._____ en 2007. Plusieurs indices au dossier témoignent, en revanche, d'une péjoration assez nette de l'état de santé dans les années 2013 et 2014 déjà. Le Dr Z._____ fait état, dans un rapport du 15 octobre 2013, de traits paranoïdes et expose que sa patiente n'arrive tout simplement plus à faire face à ses obligations dans ses activités de la vie quotidienne. Le Dr L._____ mentionne, pour sa

part, une péjoration de l'état de santé dans un rapport du 16 octobre 2013, en précisant notamment que la patiente présente des défenses de caractère telles qu'elle se retrouve en conflit avec une bonne partie de son voisinage, avec deux de ses trois enfants, ce qui l'isole socialement et entretient son état dépressif. Il pose un diagnostic de trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (THADA) « qui paraît évident maintenant », mais qui était difficilement décelable lorsqu'il a établi son précédent rapport en 2008. Le diagnostic de trouble déficit de l'attention avec hyperactivité n'est pas confirmé par les experts S._____ et B._____ en 2017, mais il n'en reste pas moins que le Dr L._____ a clairement fait état d'une aggravation de l'état de santé en 2013, avec le constat d'un isolement social progressif lié aux troubles psychiques. En décembre 2014, la recourante a d'ailleurs été mise sous curatelle, ce qui confirme également une nette péjoration de son état de santé à cette période. Au vu des circonstances, on doit tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'en janvier 2015 au plus tard, l'état de santé psychique de la recourante était à nouveau décompensé et entraînait l'incapacité de travail constatée par les experts S._____ et B._____, qui a perduré par la suite sans interruption notable. Le point de savoir si la péjoration de l'état de santé remonte à une période antérieure n'est pas déterminant en l'espèce. En effet, compte tenu du dépôt de la nouvelle demande en juillet 2015, le droit à la rente n'a pas pu prendre naissance avant le 1^{er} janvier 2016 (cf. art. 29 al. 1 LAI).

7. a) Vu ce qui précède, les conclusions principales de la recourante, portant sur la décision du 10 février 2020 et la révision procédurale de la décision de suppression de rente du 18 novembre 2009, en ce sens que le droit à la rente soit maintenu pour la période dès le 1^{er} janvier 2010, sont mal fondées. En revanche, ses conclusions subsidiaires tendant à la réforme de la décision du 12 septembre 2018, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée dès le 1^{er} janvier 2016, et non dès le 1^{er} janvier 2017, seront admises.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 600 fr. et être mis par 300 fr. à la charge de l'office intimé et par 300 fr. à la charge de la recourante qui n'obtient que partiellement gain de cause.

c) Par ailleurs, assistée d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 2'300 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours interjeté contre la décision du 10 février 2020 est rejeté dans la mesure où il n'est pas sans objet.
- II.** Le recours interjeté contre la décision du 12 septembre 2018 est partiellement admis et cette décision est réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée à J._____
dès le 1^{er} janvier 2016.
- III.** Les frais de procédure sont fixés à 600 fr. (six cents francs) et sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, pour 300 fr. (trois cents francs), et de J._____, pour 300 fr. (trois cents francs).
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de dépens de 2'300 fr. (deux mille trois cents francs) à J._____.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexandre Bernel (pour J. _____),
- 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 :