

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 janvier 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Rossier et M. Zbinden, assesseurs
Greffier : Mme Rognon Landry, greffier ad hoc

* * * * *

Cause pendante entre :

P. _____, à Pully, recourant, représenté par l'avocat Jean-Marie Agier, du Service juridique d'Intégration Handicap (FSIH), à Lausanne.

et

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

Art. 7, 8, 17 LPGA; 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. P._____, né en 1957, a, le 18 novembre 1997, déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'un reclassement, subsidiairement d'une rente.

Selon un rapport établi le 9 juin 1997 par le Dr J._____, de l'Hôpital de zone d'Orbe, l'assuré présente des troubles somatoformes douloureux persistants, une chondromalacie rotulienne prédominant à droite et des douleurs de l'épaule gauche d'origine indéterminée. L'intéressé dispose de capacités professionnelles préservées à 100 %, sur le plan organique, dans une activité avec alternance des positions et évitant les agenouillements répétitifs.

Un rapport établi par le Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) le 17 septembre 1997 ne prend pas position sur la capacité de travail. Un compte-rendu libellé à l'issue d'un stage au Centre d'observation professionnel d'Yverdon-les-Bains propose une activité légère, en position assise, le rendement exigible devant être très progressif, de l'ordre de 50 % au départ, mais susceptible d'amélioration possible avec un réentraînement au travail.

Une expertise a été confiée au Dr N._____, qui a établi son rapport le 4 décembre 2000. Il diagnostique :

"Axe I abus et dépendance à l'alcool primaire sévère
Trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques
et une affection médicale générale chronique d'intensité légère
Amplification des symptômes
Non observance du traitement
Axe II traits de personnalité dépendants et passif-agressif
Axe III PSH G + D, chondropathie rotulienne ; HTA;
Hypercholestérolémie
Axe IV analphabétisme, absence de formation professionnelle,
alcoolisme sévère"

L'expert observe ce qui suit :

"D'un point de vue **psychopathologique**, l'assuré ne présente pas actuellement d'état dépressif majeur significatif. En effet, nous ne retrouvons pas les critères nécessaires pour porter un tel diagnostic, en particulier une humeur triste, une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités persistant au moins deux semaines, il n'y a pas de troubles du sommeil, pas de troubles de l'appétit, pas de trouble de la concentration et de la mémoire et nous n'observons pas d'irritabilité ou de symptomatologie anxieuse d'accompagnement. En d'autre terme, il n'y a aucun diagnostic psychiatrique à retenir sur l'axe I, mis à part les problèmes d'alcool et les problèmes douloureux sur lesquels nous reviendrons ultérieurement.

Depuis 1995, il est signalé dans différents rapports en notre possession que l'assuré présente un foetor alcoolique lors des entretiens. Le bilan des tests hépatiques que nous a fait parvenir le Dr R. _____ et les examens paracliniques que nous avons effectués nous confirme qu'actuellement l'alcoolisme est sévère, car il a des retentissements métaboliques et psychiques notables. Il est fortement dénié par l'assuré qui minimise et banalise sa consommation d'alcool. L'observation clinique indique des stigmates évidents de l'alcoolisme, et des tests hépatiques très perturbés depuis 1995 au moins (cf annexe). Nous pouvons affirmer qu'il s'agit probablement **d'abus** et de **dépendance à l'alcool primaire sévère** et non pas secondaire à un trouble anxieux et dépressif que, d'ailleurs, nous ne mettons pas en évidence. Les légères modifications de l'humeur et l'aspect négligé de M. P. _____ sont certainement consécutifs à la dépendance alcoolique et ne peuvent pas être considérés comme un trouble de l'humeur primaire.

Les douleurs présentées par l'assuré sont très clairement localisées aux épaules gauches et aux deux genoux. Nous ne reviendrons pas sur tous les examens pratiqués qui permettent de conclure qu'il y a une discordance importante entre les plaintes et le handicap fonctionnel allégué et les trouvailles de l'examen clinique. Nous notons par ailleurs qu'il n'y a pas de plaintes digestives, urogénitales ou neurologiques, ce qui nous permet d'exclure d'emblée le trouble de somatisation, le trouble somatoforme indifférencié. Nous n'avons pas d'argument non plus pour une hypocondrie, un trouble de conversion ou un trouble factice. Durant notre expertise, l'assuré n'a pas franchement exagéré ou amplifié des symptômes psychiques. Quand il est confronté à des médecins « somaticiens », ceux-ci sont nettement amplifiés et fluctuent d'un moment à l'autre. Du fait qu'il existe une pathologie organique même à minima, nous retenons donc le diagnostic de **trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique d'intensité légère** accompagné d'un **comportement d'amplification** très certain.

La **personnalité** relève des **traits de dépendance et passif-agressif**, mais les éléments biographiques nous permettent d'affirmer qu'il n'a pas de troubles majeurs de la personnalité. Il ne faut pas oublier que la consommation chronique de l'alcool est aussi un facteur qui modifie la personnalité et de fait, renforce en général les traits de dépendance et de passivité !

(...)

M. P. _____ n'a jamais présenté de troubles médico-chirurgicaux ou psychiatriques notables réellement avant 1994. De 1978 à 1994, il a toujours travaillé chez la même entreprise. Il a dû faire face à 38 ans à un licenciement, source d'inquiétude étant donné qu'il s'est trouvé quelques mois au chômage. Il a travaillé par la suite comme manoeuvre serrurier. Toutefois, l'anamnèse auprès de M. P. _____ est peu informative sur l'existence ou non de conflit professionnel ou de difficultés professionnelles que nous pouvons malgré tout suspecter. L'augmentation des plaintes douloureuses durant cette période-là est probablement à mettre en relation avec un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, réactionnel à son changement d'emploi. Par la suite, l'assuré semble s'être enfermé dans un rôle d'invalidé, car il a fait preuve dès 1995 de mauvaise volonté, tant pour suivre les traitements proposés, que pour envisager un reclassement professionnel comme cela lui a été suggéré à de nombreuses reprises. Nous pensons que l'assuré est particulièrement démuni face à son avenir. En effet, lors de cette expertise, nous avons constaté qu'il était analphabète et que d'autre part, sa formation professionnelle est rudimentaire. Ne pouvant plus travailler physiquement comme manoeuvre dans le bâtiment, nous pensons qu'il a préféré s'orienter vers la recherche d'une invalidité plutôt que de se confronter à l'incertitude du monde professionnel, comme cela a déjà été évoqué par le Dr C. _____ (lettre au Dr R. _____ de mars 1997).

De plus, sa consommation exagérée d'alcool de longue date a concouru à affaiblir la motivation chancelante de ce dernier pour travailler. Des facteurs familiaux, évoqués par la PPU-B sont purement spéculatifs, et dans les faits, son fils diabétique travaille comme tout un chacun et ne représente pas une charge psychologique pour M. P. _____.

En conclusion, nous pensons donc clairement que dans cette situation, il existe essentiellement des motifs extra-médicaux qui expliquent l'invalidité actuelle. Une prise de position claire de l'Al est susceptible de permettre à l'assuré de trouver la motivation pour se réinsérer professionnellement

(...)

Le seul diagnostic à retenir actuellement est celui **d'abus et dépendance à l'alcool probablement sévère, un trouble douloureux associé à une affection psychologique et à une affection médicale chronique d'intensité légère.**

Actuellement, la dépendance à l'alcool est probablement au premier plan pour expliquer d'une part l'absence de motivation de l'assuré et la passivité dont il fait preuve.

Le trouble douloureux est léger et il existe à l'évidence des phénomènes d'amplification volontaire. Dans les faits, il apparaît que l'assuré peut avoir, du point de vue psychiatrique, une activité à 100% dans un travail adapté à son problème ostéo-articulaire.

Du point de vue thérapeutique l'abstinence à l'alcool serait la mesure la plus profitable, ainsi que la remise au travail le plus

rapidement possible. Un traitement d'Antabus devrait être évalué ainsi qu'un antidépresseur de type sérotoninergique susceptible de diminuer l'appétence pour l'alcool et éventuellement le vécu subjectif douloureux (par exemple Deroxat 40 mg).

Des mesures de reclassement professionnel seraient certes souhaitables, mais en l'état peu envisageables, en particulier en raison du problème d'alcool. Si l'abstinence devait être obtenue, l'assuré pourrait parfaitement être reclassé dans une activité manuelle simple, épargnant les genoux et les épaules. Un travail de gardien de parking ou comme manutentionnaire serait parfaitement adapté. Il pourrait aussi d'ailleurs travailler comme chauffeur de taxi mais l'analphabétisme le rend probablement incapable de réaliser les examens ad hoc. Il est donc clair que son manque de motivation risque d'engendrer à nouveau l'échec de mesures professionnelles et prolonger inutilement l'arrêt de travail!"

L'OAI a évalué le revenu sans invalidité à 47'230 francs et le revenu d'invalidité à 42'214 fr. en moyenne, dans le montage industriel, la petite mécanique de série, le travail sur machines d'horlogerie ou l'entretien et tenue de la caisse d'une station-service. Un avis formulé le 6 avril 2001 par le Dr R._____, à Crissier, médecin traitant de l'assuré, invitant l'OAI à envisager l'octroi de prestations, a été examiné par le Service médical régional de l'OAI, dont une note du 7 juin 2001 considère toutefois que l'intéressé ne présente pas d'invalidité ouvrant droit à des prestations.

Par décision du 14 juin 2001, l'OAI a rejeté la demande.

Cette décision a été confirmée par jugement du 15 juillet 2002 du Tribunal des assurances du Canton de Vaud ([...]).

B Le 22 août 2003, l'assuré a déposé une nouvelle demande. Il a produit un rapport établi le 16 janvier 2003 par le DUPA qui diagnostique un trouble douloureux chronique associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale ainsi qu'un trouble dépressif non spécifié. S'agissant de ce trouble, les Drs M._____ et Q._____ relèvent ce qui suit :

"(...) le diagnostic de trouble dépressif non spécifié s'établit sur la base d'une perturbation de l'humeur comme caractéristique associée à un autre trouble mental. L'absence de constance de cette perturbation n'autorise pas le diagnostic d'épisode dépressif majeur.

Un diagnostic différentiel de trouble dysthymique pourrait être évoqué, mais n'est pas retenu au vu que le patient ne qualifie pas son humeur de dépressive pratiquement toute la journée plus d'un jour sur deux. La qualification de l'humeur étant subjective, l'hétéro-évaluation de la thymie du patient a pu être biaisée; la baisse d'intérêt est plus constamment rapportée par le patient.

Les ruminations rapportées sous forme d'inquiétude et souci à propos de son fils, notamment lors de ses déplacements, ne permettent pas d'évoquer le diagnostic de trouble anxieux généralisé en raison du caractère limité du domaine d'inquiétude."

Par décision du 13 novembre 2003, confirmée sur opposition, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

C. Le Dr V. _____ a adressé à l'OAI le 17 juillet 2006 la lettre suivante :

"Je suis le patient susnommé à mon cabinet depuis le 14 juin 2004, en raison d'un trouble dépressif récurrent, avec épisodes d'intensité de légère à très sévère, épisode actuel d'intensité de légère à moyenne, avec troubles somatoformes douloureux persistants, et d'un syndrome de dépendance à l'alcool, en rémission depuis presque deux ans, les abus plus conséquents d'alcool ayant toujours accompagné les périodes de plus grave décompensation anxieuse et dépressive, chez une personnalité immature, à traits passifs-agressifs et dépendants (troubles mixtes de la personnalité).

(CIM-10 : F33, F45.4, F10.2, F61)

Quand j'ai connu ce patient, il était dans une situation de détresse extrême, pris qu'il était dans l'étau d'une symptomatologie douloureuse chronique, qui touchait sa nuque, ses épaules, sa colonne vertébrale, ses membres inférieurs, notamment les genoux, et ses deux mains, symptomatologie algique en raison de laquelle il avait cessé toute activité professionnelle depuis 1994.

Comme vous le savez, plusieurs demandes de prestations de l'Assurance Invalidité fédérale ont été successivement refusées à votre assuré.

Lorsqu'il est venu à ma consultation. M. P. _____ vivait pratiquement sans revenus, ni aide sociale, à l'abandon. Il nous a dit « qu'il n'avait pas envie de faire de nouvelles démarches, révolté qu'il était contre le système... ».

Les répercussions de sa pathologie sur les relations conjugales, familiales et sociales étaient désastreuses.

Non sans difficultés, étant donnée la profondeur de l'état anxieux et dépressif, j'ai organisé une prise en charge contextuelle, en

collaboration avec le médecin de famille, M. le Dr R. _____, et ai cherché à motiver ce patient à accepter une hospitalisation à la Clinique psychiatrique du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA), où il a séjourné du 20 au 31 janvier 2005, ce qui lui a permis de se sevrer d'alcool et à commencer à se reprendre en main.

Déjà avant cette hospitalisation, je l'avais présenté au Service de psychiatrie communautaire, puis au Centre d'Ergo et Sociothérapie du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (CES), avec lequel une collaboration étroite a été mise sur pied. J'ai assorti ces démarches avec la mise en route d'une intervention sur la famille, ce qui a permis d'observer progressivement une amélioration globale.

Vous connaissez l'histoire clinique de ce patient par les documents déjà déposés dans votre dossier.

M. P. _____ réside en Suisse depuis 1978. Il est serrurier de profession, mais n'a jamais pu exercer cette profession dans notre pays et a travaillé durant dix-sept ans dans le bâtiment, dans une entreprise qui a fait faillite, puis durant deux ans comme aide-serrurier jusqu'à ce qu'il soit victime d'un accident de chantier où il a reçu un coup de pioche sur l'épaule droite, il y a quinze ans.

Depuis, une symptomatologie algique, d'abord localisée puis diffuse au corps entier, s'est développée, entraînant une incapacité totale de travailler depuis 1994.

M. P. _____ est marié et père d'un fils de vingt-neuf ans, diabétique, qui travaille comme chauffeur à Lausanne, et grand-père d'une petite fille, âgée actuellement de deux ans, dont il s'occupe adéquatement, avec un effet bénéfique sur sa symptomatologie anxieuse et dépressive. De plus, il a un chien qui lui fait grand bien en l'obligeant à sortir et à marcher, ce qui n'est pas sans avoir contribué à améliorer les limitations fonctionnelles, notamment à la marche.

La collaboration avec le CES et avec le médecin de famille, une médication psychotrope adaptée, qui a été difficile à assumer au départ par le patient, dont la compliance s'est améliorée depuis, comme le prouvent les dosages sanguins des médicaments prescrits, ont contribué à l'amélioration clinique de M. P. _____, qui aujourd'hui est davantage mobile du point de vue physique et surtout psychologique. La situation globale reste pourtant très précaire et, en tous cas, invalidante.

Depuis le 6 décembre 2005, j'ai pris en charge M. P. _____ dans le cadre d'un groupe de parole, formé de patients en réhabilitation socio-affective et professionnelle, dans lequel il a pu recommencer à apprendre à mieux communiquer, à parler de sa situation, à échanger des opinions, alors qu'auparavant le dialogue avec lui était fait de monosyllabes.

La médication actuelle est la suivante:

- Seralin Mepha 50 mg : trois comprimés le matin;

- Xanax 0,5 mg retard : un comprimé le matin, un comprimé à midi, deux comprimés une heure avant le coucher;
- Stilnox 10 mg : un comprimé au coucher.

Je suis convaincu que ce patient ne pourra certainement pas retrouver une activité de travail rémunérée quelconque sur le marché normal du travail, étant donné fondamentalement la gravité et la chronicité de ses affections psychiatriques et somatiques et de l'échec des diverses tentatives de traitement jusqu'à ce qu'on puisse aménager la prise en charge contextuelle signalée plus haut. La comorbidité psychiatrique est lourde, liée fondamentalement aux troubles de la personnalité de ce patient et au caractère sévère de la symptomatologie douloureuse, par ses répercussions sur le patient et son entourage significatif et par le fait que la capacité de travail ne s'est pas améliorée, malgré l'adhésion avec bonne volonté de sa part à toutes les propositions thérapeutiques qui lui ont été faites depuis qu'il est venu à mon cabinet, avec notamment l'hospitalisation volontaire à la Clinique Psychiatrique Universitaire, Hôpital de Cery à 1008 Prilly du 20 au 31 janvier 2005, et tenant compte du fait que les limitations fonctionnelles ne se sont pas améliorées, malgré l'abstinence quasi totale d'alcool et sans aucun doute sans plus d'abus depuis plus de deux ans, en dépit aussi de l'amélioration relative observée sur le plan de la symptomatologie d'angoisse et dépressive.

La mise au bénéfice d'une rente invalidité entière s'impose, à mon avis, dans ce cas.

Dans l'éventualité que vous ne seriez pas d'accord avec mon appréciation de l'invalidité de M. P. _____, qui est partagée par les responsables du Centre d'Ergo et Sociothérapie du DUPA et par le médecin de famille, nous vous prions de mettre en oeuvre une nouvelles expertise ou une observation dans des structures adaptées de votre assurance."

A sa lettre, le Dr V. _____ a joint une lettre que lui ont adressée le 4 avril 2005 les Drs T. _____ et Z. _____ du département de psychiatrie du CHUV, qui écrivent notamment ce qui suit :

"La personne susnommée a été adressée le 20.01.2005 par vous-même, en admission volontaire. Elle est sortie le 31 pour aller à domicile, adressée pour suite de traitement à vous-même. Il s'agit de la première hospitalisation dans notre établissement.

Motif d'hospitalisation:

Symptomatologie dépressive.

Diagnostic (CIM —10):

- Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10,2)
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F32,1)
- Trouble somatoforme douloureux chronique (F45,4)

Traitement à la sortie:

Zoloft/sertraline) 50 mg, 3 cp le matin
Stilnox (zolpidem) 10 mg, 1 cp/jour
Becozyme forte, 1 cp/jour pendant dix jours
Benerva (thiamine) 300 mg. 1 cp/jour pendant dix jours
Slow-Trasicor (oxprénolol) 160 mg, 2 x ¼ cp/jour
Tilur (acémétacine), 1 à 2 cp/jour en réserve
Simcora (simvastatine) 20 mg, 1 x/jour
Co-Reniten (énalapril, hydrochlorothiazide) 20 mg, 1 x/jour
Seresta (oxazépam) 15 mg. 1 à 2 cp/jour en réserve

Eléments anamnestiques:

M. P._____ est un patient originaire d'Italie, résidant en Suisse depuis 1978. Il est serrurier de profession mais n'a jamais pu l'exercer dans notre pays et travaille durant dix-sept ans dans le bâtiment dans une entreprise qui fait faillite, puis durant deux ans comme aide-serrurier jusqu'à ce qu'il soit victime d'un accident de chantier où il reçoit un coup de pioche dans l'épaule, il y a quinze ans. Depuis, M. P._____ présente des symptômes douloureux chroniques à la nuque, aux épaules et aux genoux qui l'obligent à cesser son activité dès 1994. Il dépose plusieurs demandes de rente AI qui sont toutes refusées, et vit depuis plusieurs années sans revenu ni aide sociale, n'ayant, dit-il, pas envie de faire de nouvelles démarches car il est révolté contre le système.

M. P._____ est marié et père d'un fils de 28 ans qui travaille comme chauffeur à Lausanne, et grand-père d'une petite-fille d'un an. Il dit entretenir de bonnes relations avec son fils et sa femme qui travaille comme femme de ménage. Vous débutez un suivi avec lui en septembre 2004 et il commence une activité régulière au Centre d'Ergo-Sociothérapie de l'unité de Réhabilitation à Cery. Dernièrement, il présente une recrudescence de ses symptômes douloureux et dépressifs et augmente sa consommation d'alcool.

Examen clinique:

Il s'agit d'un patient calme, orienté et collaborant durant l'entretien. Sa tenue vestimentaire et son hygiène sont sans particularité, Son discours est cohérent sans troubles formels du cours de la pensée. On ne note pas de déficit cognitif évident. Le patient se plaint de douleurs dans la nuque, les genoux et les épaules, et a de la difficulté à s'asseoir ou se lever de sa chaise. Son humeur est triste et il se plaint d'un sentiment de déprime. Il n'y a pas de troubles de l'appétit ou du sommeil, ni de ruminations. Il n'y a pas d'idéation suicidaire. Il n'y a pas de symptômes florides de la lignée psychotique.

Evolution et discussion:

M. P._____ est adressé volontairement dans un contexte où il présente, depuis quelque temps et sans facteur déclenchant évident, une augmentation de sa symptomatologie dépressive et douloureuse ainsi que de sa consommation d'alcool, Il banalise dans un premier temps cette consommation mais reconnaît qu'elle inquiète son entourage et qu'il aimerait si ce n'est pouvoir l'arrêter du moins la diminuer, Il décrit pour lui un effet antalgique de l'alcool qui l'aide à oublier ses douleurs, et passe le plus clair de sort temps,

en dehors des activités au CES, à regarder la télévision ou promener son chien.

Dès son admission, on instaure un schéma dégressif de Seresta pour le sevrage de l'alcool et les examens de laboratoire révèlent une hépatite alcoolique avec des transaminases et Gamma-GT augmentées. Ces tests seront à contrôler par le Dr R. _____, son médecin généraliste. M. P. _____ supporte bien ce sevrage et son humeur s'améliore dans le cadre du service où il se montre détendu. Il voit aussi en consultation un de nos confrères alcoologues afin d'évaluer la nécessité d'un suivi spécialisé ou d'une prescription d'Antabus, mais qu'il refuse par peur des effets secondaires, ne désirant pas non plus être suivi par un spécialiste de ce genre de problème. Il dit se rendre compte de l'effet néfaste de sa consommation sur sa santé, le diagnostic de cette hépatite alcoolique l'inquiète et le motive actuellement à cesser sa consommation.

Pour ses difficultés financières, le patient ne désire pas rencontrer notre assistante sociale et préfère maintenir les arrangements qu'il a trouvés avec sa famille.

Le traitement médicamenteux habituel de M. P. _____ n'a pas été modifié et il demande lui-même à pouvoir quitter l'établissement le 31.01.05, après avoir pris un rendez-vous à votre consultation. Par son attitude, il montre qu'il n'a pas très envie de changer quelque chose dans sa situation, il refuse une aide sociale et ne vise pas à l'abstinence par peur de renoncer aux effets positifs qu'il ressent de l'alcool. Il lui est peut-être aussi difficile de devoir renoncer à certains bénéfices qu'il retire dans sa famille où tout le monde se montre très concerné par sa situation."

Selon le rapport d'évaluation ergothérapeutique au sein du département de psychiatrie du CHUV établi le 9 mai 2006, le syndrome douloureux chronique dont souffre l'assuré entraîne une diminution significative de sa qualité de vie et aussi une restriction importante de ses activités. L'ergothérapeute K. _____ confirme que l'assuré se trouve en incapacité de travail totale dans un circuit normal. Elle note cependant que l'assuré présente une thymie beaucoup plus stable et élevée depuis sa fréquentation au CES (diminution de ses ruminations à la maison, mobilisation et maintien de ses capacités fonctionnelles, valorisation à travers les activités, contact social et lien avec d'autres usagers....). L'objectif d'alors était un maintien de sa qualité de vie et une stabilisation de son état général.

Dans un avis médical du 4 janvier 2007, la Dresse D. _____ du SMR relève que dans le rapport du 4 avril 2005 du DUPA, on lit trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, ce que le Dr V. _____ reprend

avec épisode léger à très sévère, mais que, dans le trouble dépressif récurrent, il doit y avoir des rémissions complètes de plus ou moins longue durée. Dans le cas de l'intéressé, elle estime qu'il s'agit d'un épisode récurrent de dépression réactionnelle aux événements adverses et qu'il n'y a aucune raison d'entrer en matière.

Le Dr V. _____ a adressé le 20 août 2007 une lettre à l'OAI dont il résulte notamment ce qui suit :

"Depuis juillet 2006, la prise en charge de ce patient s'est poursuivie sans interruption, en collaboration avec le médecin de famille, M. le Dr R. _____ à 1023 Crissier, et le Centre d'Ergo et Sociothérapie de l'Unité de Réhabilitation du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (CES), où ce patient continue à se rendre quatre demi-journées, pendant trois heures, les lundi, les mardi et les mercredi aux Ateliers occupationnels [...] sous la responsabilité de M. S. _____, praticien formateur et le jeudi matin au Service d'ergothérapie, où il profite de l'appui de Mme K. _____, ergothérapeute.

M. P. _____ est abstinant depuis juillet 2006. Il a présenté seulement deux périodes de consommation abusive d'alcool, notamment en novembre et décembre 2006, secondaire à l'aggravation de la symptomatologie anxieuse et dépressive, ainsi que de la symptomatologie douloureuse somatoforme qui était redevenue d'intensité moyenne à sévère à l'époque, et en avril de cette année. A ce moment, M. P. _____ a présenté d'importants problèmes dentaires, en concomitance desquels sa symptomatologie algique, ou panalgique, s'est dramatiquement aggravée, accompagnée d'une péjoration aussi de la symptomatologie anxieuse et dépressive. En avril 2007, M. P. _____ a abusé d'alcool pendant quelques jours, mais a accepté notre proposition d'un traitement préventif à l'Antabuse, qui a été introduit en juin 2007, avec le feu vert du médecin de famille.

De l'avis de tous les professionnels concernés par la prise en charge de ce patient, qui n'est de loin pas terminée, il est clair que ses pathologies psychiatrique et somatique conjointement ne permettent pas d'imaginer un rendement correspondant aux standards d'un travail dans un milieu non protégé, même pas à temps très partiel.

La pathologie psychiatrique de ce patient donc reste invalidante à 100 % et je reviens avec la demande que je vous ai faite le 17 juillet 2006 et que je retranscris ici :

*« Dans l'éventualité que vous ne soyez pas d'accord avec mon appréciation de l'invalidité de M. P. _____, qui est partagée par les responsables du Centre d'Ergo et Sociothérapie du DUPA et par le médecin de famille, **nous vous prions de mettre en œuvre une***

nouvelles expertise ou une observation dans des structures adaptées de votre assurance ».

Il ne me paraît en effet pas justifié du point de vue clinique, et j'ose dire, déontologique, de ne pas entrer en matière pour un nouvel examen du droit de M. P. _____ à des prestations de votre Assurance, alors qu'il collabore de manière exemplaire aux propositions thérapeutiques qui lui sont faites et qu'il est dans une situation de détresse depuis des années, sans améliorations significatives que celle liée au fait même de la prise en charge médico-psychiatrique en réseau, qui par principe peut rassurer, mais ne rend pas une capacité de travail ou de gain à quelqu'un qui ne l'a pas.
(...)

La médication actuelle de ce patient est la suivante

- Slow Trasicor 160 mg un comprimé le matin;
- Coépil un comprimé le matin;
- Simeora 20 mg un comprimé le soir;
- Xanax 0,5 mg retard : un comprimé le matin
- Zoloft 50 mg un comprimé le matin
- en réserve, selon l'intensité de la douleur, Novalgine en gouttes et/ou Aulin 100 mg.

La prise en charge actuelle en réseau comprend la collaboration avec le CES et des entretiens à mon cabinet dans un groupe thérapeutique de parole formé par des patients présentant des problèmes de réadaptation socio-affective et professionnelle, ainsi que des entretiens avec l'entourage significatif et le réseau, lorsque nécessaire."

A cette lettre était joint un rapport du Dr R. _____ du 28 juin 2007 qui écrit notamment ce qui suit :

"Diagnostics:

- 1) Etat douloureux persistant prédominant au niveau du squelette (ceinture scapulaire et genoux des 2 côtés)
- 2) Status après anémie ferriprive sur spoliation, corrigée après traitement IPP et substitution de fer
- 3) Status après gastrite érosive probablement attribuable aux anti-inflammatoires et une consommation excessive d'alcool
- 4) Abus d'alcool intermittent et hépatite OH fluctuante selon consommation
- 5) Troubles dépressifs récurrents, troubles anxieux et troubles mixtes de la personnalité
- 6) HTA essentielle traitée, hypercholestérolémie traitée, hyperglycémie non-traitée, hyperuricémie non-traitée

Anamnèse :

Vu régulièrement aux 3 mois environ depuis 2 ans, Monsieur P. _____ quand il vient aux consultations évoque toujours un état douloureux prédominant de la ceinture scapulaire, des 2 genoux avec exacerbation fluctuante une à plusieurs fois par semaine. Il y a un an, il s'est plaint de lombalgies, de pigyalgie gauche pendant quelques temps et également de douleur aux 2 poignets. Il ne

contestait pas une consommation par moment excessive d'alcool en relation avec son état douloureux. Avec votre appui et le centre d'ergothérapie de Cery, ce patient vit mieux son quotidien douloureux, et la médication à visée psychotrope a pu être réduite. A une reprise en raison d'un état douloureux, j'ai proposé au patient une injection i.m de Diprophos sans bénéfice réel.

Dans le suivi biologique, il persiste une fluctuation pathologique du taux de Gamma-GT entrant dans le contexte d'une consommation excessive d'alcool intermittente, je pense. Par ailleurs, s'est installé une anémie à caractère ferriprive dont le bilan (colonoscopie et gastroscopie) a permis de mettre en évidence une antrite et bulbite érosives (19.12.06), qui a bien évolué sous traitement martial et IPP. La tendance à l'hyperglycémie, à l'hyperuricémie et à l'hypertriglycéridémie sont sans doute à mettre en relation avec une consommation excessive d'alcool.

Les différents FRCV sont contrôlés sous le traitement de prévention primaire mentionné ci-dessus.

Appréciation de la situation :

Même si l'appui psychothérapeutique et la sociothérapie a apaisé le patient, il persiste un état douloureux chronique obligeant une médication quasi quotidienne. Sans doute l'état douloureux incite le patient à consommer de l'alcool de façon excessive, comme en témoigne la biologie hépatique contrôlée de façon itérative. La gastrite érosive diagnostiquée après découverte fortuite d'une anémie, s'explique sans doute par l'association de médication anti-inflammatoire et d'une consommation d'alcool. Ce dernier diagnostic posé témoigne une aggravation de l'état de santé physique de ce patient, en dépit des bons conseils du monde médical.

Dans ces conditions, je ne vois pas comment Monsieur P. _____ pourrait reprendre une activité professionnelle telle qu'il l'exerçait auparavant ou même dans une activité adaptée."

Dans un rapport de synthèse, du 23 juillet 2007, l'ergothérapeute mentionne une petite rechute au mois de novembre 2006 où l'assuré a recommencé à s'alcooliser et en avril 2007 où il a eu des problèmes dentaires et de gros soucis financiers pour payer ses frais de dentiste. Le rapport d'observation du 19 juillet 2007 du praticien-formateur de CES services mentionne que l'assuré atteint un rendement moyen en atelier protégé et que ses difficultés physiques ne lui permettent pas d'atteindre un rendement correspondant aux standards d'un emploi non protégé.

Dans un avis médical du 23 janvier 2008, le Dr X. _____, du SMR Suisse romande, écrit ce qui suit :

"Il s'agit donc d'un assuré présentant une CT médico-théorique de 100% dans une activité adaptée, avec un préjudice économique de

10%. On lui connaît un trouble douloureux somatoforme persistant, une dépendance à l'alcool primaire et des traits de personnalité dépendants et passive-agressive. Tant les experts que le tribunal n'ont pas reconnu le trouble douloureux comme étant invalidant, encore moins la dépendance à l'alcool et les traits de personnalité.

Analphabète pour la langue française (pour l'italien ?), il ne travaille plus depuis 1996. Selon le **Dr V.**_____, psychiatre traitant, il présente en outre un trouble dépressif récurrent d'intensité légère à sévère, ainsi qu'une personnalité immature à traits passifs-agressifs et dépendants. Dans sa lettre datée du 17.07.2007, le Dr V._____ maintient une totale IT en toute activité.

Pourtant, dans le cadre d'une prise en charge solide, Monsieur est abstinent de l'alcool depuis janvier 2005 (avec quelques brèves rechutes), il s'occupe adéquatement de sa petite fille de 2 ans, participe à raison de 4 demi-journées aux ateliers dans le cadre du CES, il promène chaque jour son chien.

Le rapport d'évaluation ergothérapeutique du 09.05.2006 montre clairement les bonnes dispositions de l'assuré, signale le bienfait d'être occupé (diminution de la perception des douleurs, ouverture sociale, etc), et précise que c'est bien le syndrome douloureux qui est limitatif. Or ce dernier, je le rappelle, n'est pas reconnu comme invalidant au sens de l'AI. L'évolution se fait de façon favorable, ainsi qu'on peut le lire dans la lettre datée du 28.06.2007 et adressée par le **Dr R.**_____, médecin traitant, au Dr V._____ ; je relèverai: une diminution des épisodes douloureux / une diminution de la médication à visée psychotrope (Zoloft de 150 à 50mg/j) /des consultations espacées à raison d'une fois tous les 3 mois depuis mi 2005. En raison de l'exacerbation de la consommation d'alcool (avec hépatite alcoolique, anémie ferriprive sur spoliation sur gastrite érosive), l'assuré a finalement accepté de prendre l'Antabus dès fin juin 2007.

En résumé et en conclusion, il n'y a pas d'élément médical susceptible d'admettre une aggravation de l'état de santé, mais bien au contraire une bonne tendance vers l'amélioration. La problématique liée au trouble dépressif a été discutée dans l'avis médical de janvier 2007. Il n'y a à nouveau pas de raison d'entrer en matière, ni de mettre en route une nouvelle expertise."

L'OAI ayant rendu le 28 janvier 2008 un projet de décision refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande, l'assuré s'y est opposé.

Le 26 janvier 2009, le Dr V._____ a écrit à l'OAI que l'état de santé de son patient ne faisait qu'empirer.

Dans un avis médical du 23 février 2009, le Dr X._____ a indiqué n'avoir pas trouvé d'éléments permettant de modifier la position du 28 janvier 2008.

Par décision du 9 mars 2009, l'OAI a refusé d'entrer en matière, constatant qu'il n'y avait pas d'élément médical susceptible d'admettre une aggravation de l'état de santé de l'assuré, mais plutôt une tendance vers une amélioration. Il n'y avait donc à nouveau pas de raison d'entrer en matière pour un nouvel examen du droit aux prestations ni de mettre en place une nouvelle expertise.

D. Le 22 avril 2009, P. _____ a recouru contre cette décision et conclu à l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il instruisse la cause à nouveau.

Dans sa réponse du 2 juin 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans le délai imparti pour répliquer, le recourant a, le 30 juin 2009, requis l'appointement d'une audience d'instruction pour procéder à l'audition des Drs V. _____ et X. _____.

Dans sa duplique du 7 août 2009, l'OAI s'est opposé à la requête du recourant et se prévalant de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201).

Par ordonnance du 17 novembre 2009, le juge instructeur a rejeté la requête de mesures d'instruction requise par le recourant.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être

déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, la seule question à examiner est celle de l'entrée en matière ou non par l'OAI sur la nouvelle demande présentée par le recourant.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

b) Selon 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).

Selon l'art. 87 al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er mars 2004, telle que modifiée par l'ordonnance du Conseil fédéral du 28 janvier 2004 (RO 2004 pp. 743 ss), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. D'après l'alinéa 4 de cette même disposition, 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 les conditions prévues au 3ème alinéa sont remplies.

Ces normes n'ont pas été modifiées dans leur principe depuis leur entrée en vigueur. Elles tendent à éviter à l'administration de statuer de manière réitérée sur de nouvelles demandes de prestations déposées alors même que l'état de fait est demeuré inchangé (ATF 117 V 198, consid. 4b). Ces principes sont applicables par analogie lorsque, comme en l'espèce, le refus de rente a déjà été prononcé de manière définitive; toutefois, en cas d'entrée en matière sur le fond, il faut examiner, tout comme en procédure de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité a subi une modification et, en outre, s'il existe désormais une invalidité fondant le droit à une rente (ATF 109 V 108, consid. 2b et 2c).

A réception d'une nouvelle demande, en l'espèce, la deuxième, l'administration doit examiner si les allégations de l'assuré sont plausibles. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref.

En l'absence de modification de l'état de santé, les constatations faites dans les décisions antérieures non contestées et entrée en force restent valables.

c) 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 se faire sur la base de la situation existant lors du dernier examen matériel de la situation (TFA du 16 octobre 2003 - 130 V 64, op. cit. - cause I 249/01 ; TFA du 1er décembre 2003 - 130 V 71 - cause I 465/03).

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 (cf. Fonjallaz, Invalidité et révision des rentes d'invalidité, thèse, Lausanne 1985, pp. 69ss.; ATF 112 V 371; ATF 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 (cf. 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 (cf. TASS VD, M. R.-S. du 9 février 1995 [AI 42/1995]). Dans ce type de procédure, il appartient au recourant de rendre vraisemblable l'aggravation alléguée, en dérogation aux règles habituellement applicables en matière d'établissement des faits (cf. TF, O. c. F. du 8 janvier 2007 [I 597/05]; ATF 130 V 64).

Dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. (cf. TF, du 8 janvier 2007 [I 597/05]; ATF 130 V 64).

4. En l'espèce, le Dr N._____ avait diagnostiqué notamment un abus et dépendance à l'alcool primaire sévère, un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique d'intensité légère ainsi que des traits de personnalité dépendants et passif-agressif. Les Drs T._____ et Z._____ ont diagnostiqué un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux chronique. Le Dr V._____ quant à lui a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, avec épisodes d'intensité de légère à très sévère, épisode actuel d'intensité de légère à moyenne, avec troubles somatoformes douloureux persistants, un syndrome de dépendance à l'alcool, en rémission depuis presque deux ans, les abus plus conséquents d'alcool ayant toujours accompagné les périodes de plus grave décompensation anxieuse et dépressive chez une personnalité immature, à traits passifs-agressifs et dépendants.

On constate ainsi que les diagnostics posés diffèrent uniquement s'agissant du trouble dépressif récurrent. Dans son expertise, le Dr N._____ expliquait que d'un point de vue psychopathologique, le recourant ne présentait pas d'état dépressif majeur significatif, car il ne retrouvait pas les critères nécessaires pour porter un tel diagnostic, en

particulier une humeur triste, une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités persistant au moins deux semaines, ni de troubles du sommeil, de troubles de l'appétit, de trouble de la concentration et de la mémoire. Il n'observait pas non plus d'irritabilité ou de symptomatologie anxieuse d'accompagnement. Les Drs T._____ et Z._____ ont mentionné quant à eux qu'il s'agissait d'un patient calme, orienté et collaborant durant l'entretien, dont la tenue vestimentaire et l'hygiène étaient sans particularité et le discours cohérent sans troubles formels du cours de la pensée. Ils ne notaient pas de déficit cognitif évident. Ils ont relevé que le patient se plaignait de douleurs dans la nuque, les genoux et les épaules, avait de la difficulté à s'asseoir ou se lever de sa chaise, que son humeur était triste et qu'il se plaignait d'un sentiment de déprime. Ils ont ajouté qu'il n'y avait pas de troubles de l'appétit ou du sommeil, ni de ruminations, ni d'idéation suicidaire. Ils ont observé que le recourant supportait bien ce sevrage et que son humeur s'améliorait dans le cadre du service où il se montrait détendu.

Il apparaît ainsi que le trouble dépressif est peu documenté. En outre, comme le relève la Dresse D._____, il apparaît réactionnel en particulier au problème d'alcoolisme, dès lors que le sevrage entraîne une amélioration de l'humeur.

Il résulte du rapport de l'ergothérapeute, que c'est le trouble somatoforme qui limite le recourant dans une activité professionnelle. Toutefois, les rapports médicaux produits ne mentionnent pas une aggravation de ce trouble diagnostiqué par le Dr N._____.

Certes, le Dr V._____ estime la capacité de travail nulle dans toute activité. Cependant, il s'agit-là d'une appréciation différente d'un même état de santé.

Dans ces conditions, le recourant n'a pas établi d'aggravation de son état de santé et le refus d'entrée en matière par l'OAI est justifié.

5. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, 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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs. Toutefois, la question litigieuse se limitant en l'espèce au seul examen de l'entrée en matière, le présent arrêt est rendu sans frais. Il n'y a pas non plus lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision attaquée est confirmée.

- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Intégration Handicap, Service juridique de la FSIH (pour P. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud,
- Office des assurances sociales, 3003 Berne,

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 :