

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 mai 2010

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : Mmes Dormond Béguelin et Férolles, assesseurs  
Greffier : M. Greuter

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...] (VS), recourant, représenté par Me Jean-Marie Faivre,  
avocat à Genève,

et

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

---

**Art. 55 al. 1 LAI; 40 RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** Q.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1943, est titulaire d'une licence en sciences économiques. Il a exercé en dernier la profession de gestionnaire de fortune indépendant et a interrompu toute activité le 1<sup>er</sup> décembre 2002, du fait de troubles de la santé.

**b)** En date du 28 septembre 2003, l'assuré a rempli une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en vue d'obtenir une rente.

Dans un rapport daté du 17 décembre 2003, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail d'état dépressif grave, existant depuis l'été 2002, et le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'obésité. Il a estimé que l'incapacité de travail en tant que gestionnaire de fortune était totale depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2002 et qu'il ne pouvait pas être exigé de l'assuré qu'il exerce une autre activité.

Dans un rapport établi le 26 janvier 2004, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, à [...], a retenu les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de diabète de type II insulino-traité, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie existant depuis 1988 et d'état dépressif. Selon ce praticien, l'incapacité de travail était totale depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2002 pour une durée indéterminée et la capacité de travail ne pouvait être améliorée ni par des mesures médicales, ni par des mesures d'ordre professionnel.

Mandaté en qualité d'expert par P.\_\_\_\_\_, assureur perte de gain en cas de maladie de l'assuré, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu dans son rapport du 24 novembre 2003 le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. Ce spécialiste indiquait que l'assuré ne répondait pas aux critères de la dépression grave

et qu'il avait une nette tendance à exagérer ses symptômes, essentiellement caractérisés par un état d'épuisement physique et psychique dans le cadre d'un échec professionnel et d'une crise conjugale; ce tableau n'avait aucune réelle conséquence sur la capacité fonctionnelle de l'intéressé.

Dans un avis médical SMR du 30 décembre 2004, le Dr V.\_\_\_\_\_ a estimé que l'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ était médicalement probante et que ses conclusions devaient être retenues, plutôt que celles du psychiatre traitant, enclin à plus d'empathie; dès lors que la capacité de travail de l'assuré devait être considérée comme entière en tout cas à partir du 24 novembre 2003, l'incapacité de travail avait duré moins d'une année (du 1<sup>er</sup> décembre 2002 au 23 novembre 2003 au maximum) et le droit à des prestations n'était pas ouvert.

**c)** Par décision du 9 février 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a rejeté la demande de rente de l'assuré. Il a considéré que celui-ci ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité et que dès novembre 2003, il était réputé capable de reprendre et de poursuivre l'exercice de son activité de gérant de fortune ou toute autre activité adaptée.

A la suite de l'opposition formée par l'assuré en date du 8 mars 2005, l'OAI a confirmé sa position par décision sur opposition du 23 novembre 2005.

**d)** L'assuré, agissant par l'intermédiaire de l'avocat Jean-Marie Faivre, a recouru auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud (cause AI 4/06) contre cette décision sur opposition, en reprochant en substance à l'OAI d'avoir privilégié le point de vue du Dr J.\_\_\_\_\_ par rapport à celui du Dr S.\_\_\_\_\_.

Le Tribunal des assurances a mandaté en qualité d'experts judiciaires le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne ainsi

qu'en pneumologie, qui a déposé son rapport le 8 novembre 2007, et le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a déposé son rapport le 30 novembre 2007.

Par jugement du 30 avril 2008, le Tribunal des assurances a rejeté le recours et a retourné le dossier du recourant à l'OAI afin qu'il en entreprenne la révision. Se fondant sur le rapport de l'expert R.\_\_\_\_\_, auquel il a reconnu pleine valeur probante, le Tribunal a retenu qu'au moment déterminant où la décision entreprise avait été rendue, il n'existait aucune affection invalidante sur le plan somatique. Il a en outre exposé ce qui suit:

"d) aa) Du point de vue psychique, l'expert X.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. En outre, il a relevé que, compte tenu de la perception très négative par l'assuré de ses troubles, il paraît fort peu vraisemblable qu'une éventuelle majoration du syndrome de l'apnée du sommeil lui donne la motivation et l'énergie suffisante pour reprendre une activité professionnelle; que, depuis longtemps déjà, le sujet se perçoit comme ne jouissant plus de la combativité et de l'énergie nécessaire à exercer l'activité indépendante de gestionnaire de fortunes qui requiert esprit d'entreprise, motivation et capacité de convaincre, ces trois dernières qualités paraissant définitivement perdues. Pour l'expert psychiatre, la perte de motivation à reprendre l'ancienne activité a une double origine: d'une part, elle est liée à l'affect dépressif, source de désinvestissement, et, d'autre part, elle résulte des conflits qui ont opposé l'intéressé à ses anciens associés et à la mauvaise conjoncture économique. A l'époque, et dans les deux ans qui ont suivi la cessation d'activité et de sa collaboration avec ses anciens associés, on aurait pu imaginer que l'assuré cherche des meilleures conditions de travail pour mieux rebondir, ce qui n'a malheureusement pas été le cas. La péjoration des troubles présentés par l'intéressé, plus particulièrement sur le plan psychique, a été progressive, avec fixation et surévaluation de l'impact négatif des affections somatiques, rendant impossible une reprise du travail dans les conditions actuelles, probablement depuis le début de 2005.

bb) L'autorité de céans, faisant également siennes les conclusions de l'expert psychiatre, est d'avis que, jusqu'en 2005 au moins, le recourant ne présentait pas, sur le plan psychiatrique, d'affection invalidante.

e) En conséquence, les troubles, tant physiques que psychiques, dont était affecté le recourant ne justifiaient pas, jusqu'en 2005 au moins, la reconnaissance d'un taux d'invalidité ouvrant le droit à une rente.

7. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

Il incombera à l'OAI de réexaminer le dossier de l'assuré, motif pour lequel il doit lui être retourné."

**e)** Le 14 août 2008, l'OAI a écrit à l'assuré, à [...] (VD), pour l'informer que conformément au jugement du Tribunal des assurances du 30 avril 2008, l'instruction de son dossier devait être reprise pour examiner une éventuelle aggravation de l'état de santé depuis 2005; il le priait de bien vouloir remplir et renvoyer une nouvelle formule de prestations AI pour adultes. Ce courrier étant revenu avec la mention "le destinataire est introuvable à l'adresse indiquée", l'OAI a adressé à l'assuré un nouveau courrier de teneur identique à [...] (VS), où l'assuré était domicilié depuis début 2007 et où il est toujours domicilié à ce jour.

A réception de la nouvelle demande de prestations signée le 8 octobre 2008 par l'assuré, dans laquelle celui-ci indiquait son domicile légal à [...] (VS), l'OAI a commencé l'instruction de cette demande.

**c)** A l'issue de l'instruction, l'OAI a adressé le 2 mars 2009 à l'assuré un projet de décision rejetant la demande de prestations au motif que l'aggravation alléguée de l'état de santé de l'assuré n'était basée sur aucun élément médical objectif. Ce projet a été confirmé par décision du 11 février 2010.

**B. a)** L'assuré recourt contre cette décision par acte du 18 mars 2010. Il relève que comme il est domicilié depuis début 2007 à [...] (VS), il apparaît que le tribunal compétent pour connaître de ce contentieux est le tribunal compétent du canton du Valais, nonobstant les indications contenues dans la décision attaquée. Il conclut dès lors, avec suite de frais et dépens, préalablement à ce que le recours soit transmis au Tribunal cantonal du canton du Valais comme objet de sa compétence au sens de l'art. 58 LPGA, et principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité dès septembre 2005 au plus tard.

**b)** Invité à se déterminer au sujet de la compétence, l'OAI expose ce qui suit par écriture du 12 avril 2010:

"Le recourant était domicilié dans le canton de Vaud lorsqu'il a déposé sa première demande de prestations AI. Nous avons rendu une décision sur opposition le 23 novembre 2005. A cette date, l'assuré était toujours domicilié dans le canton de Vaud. L'intéressé a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal vaudois des assurances. En date du 19 décembre 2007, le recourant nous a transmis des certificats d'incapacité de travail (cf. courrier du 19 décembre 2007: la nouvelle adresse dans le canton du Valais était mentionnée dans cette lettre). Dans son jugement du 30 avril 2008, le Tribunal des assurances a confirmé la décision attaquée, en précisant toutefois que le dossier du recourant devait être retourné à l'Office intimé afin qu'il entreprenne une révision (en vue d'examiner une éventuelle aggravation de l'état de santé depuis 2005). Avant d'instruire son dossier, nous avons reçu une nouvelle demande de prestations de la part de l'assuré, dans laquelle il était indiqué que son domicile légal était à [...] (VS). Malgré ce changement de domicile, nous avons instruit le dossier de l'assuré et rendu une décision le 11 février 2010.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que nous aurions dû envoyer le dossier de l'assuré à l'Office AI pour le canton du Valais avant d'instruire son dossier. Cet office était compétent pour rendre une décision."

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le Tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. C'est donc toujours le Tribunal des assurances du domicile de l'office AI qui a rendu une décision qui est compétent pour connaître d'un recours interjeté contre cette décision (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> éd. 2009, n. 17 *ad* art. 58 LPGA et les références citées).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par

le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 LPGA) par Q.\_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 11 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**2. a)** La Cour de céans applique le droit d'office (art. 41 LPA-VD) et n'est pas liée par les conclusions des parties (art. 89 al. 1 LPA-VD, applicable par analogie au recours au Tribunal cantonal en vertu de l'art. 99 LPA-VD). En l'espèce, il se pose la question de savoir si l'autorité intimée était compétente pour rendre la décision attaquée.

**b)** Aux termes de l'art. 55 al. 1 LAI, est compétent, en règle générale, l'office AI du canton dans lequel l'assuré est domicilié au moment où il exerce son droit aux prestations; le Conseil fédéral règle la compétence dans des cas spéciaux. Selon l'art. 40 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), est compétent pour enregistrer et examiner les demandes l'office AI dans le secteur d'activités duquel les assurés sont domiciliés (let. a), ou pour les assurés domiciliés à l'étranger - sous réserve des dispositions relatives aux frontaliers (art. 40 al. 2 RAI) - l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger (let. b). A teneur de l'art. 40 al. 3 RAI, l'office AI compétent lors de l'enregistrement de la demande le demeure durant toute la procédure.

**c)** En l'espèce, il est constant que le recourant avait son domicile dans le canton du Valais lorsqu'il a présenté sa nouvelle demande de prestations ensuite du jugement du 30 avril 2008, par lequel le Tribunal

des assurances du canton de Vaud a confirmé la décision sur opposition du 23 novembre 2005 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud rejetant la première demande de prestations déposée le 28 septembre 2003 par le recourant (alors domicilié dans le canton de Vaud). L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud n'était donc pas compétent pour examiner la nouvelle demande de prestations, mais aurait dû – ainsi qu'il l'a admis dans son écriture du 12 avril 2010 (cf. lettre B.b supra) – transmettre le dossier à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton du Valais, qui était compétent pour connaître de la nouvelle demande de prestations déposée ensuite du jugement du 30 avril 2008 puisque le recourant était domicilié depuis début 2007 dans le canton du Valais.

**d)** Il convient dès lors d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton du Valais pour qu'il statue sur la nouvelle demande de prestations déposée en 2008 par le recourant (cf. TFA I 320/04 du 17 janvier 2005).

**3.** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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 (art. 69 al. 1bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais. En revanche, l'OAI versera au recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, une indemnité pour ses dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD), qu'il y a lieu de fixer à 1'000 fr.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
  
- II.** La décision rendue le 11 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton du Valais pour qu'il statue sur la nouvelle demande de prestations déposée en 2008 par le recourant.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
  
- IV.** Une indemnité de 1'000 fr. (mille francs), à verser au recourant Q. \_\_\_\_\_ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président:

Le greffier:

**Du**

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

- Me Jean-Marie Faivre (pour Q. \_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier: