

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juin 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Métral
Greffière: Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

M. _____, à Payerne, recourant, représenté par Procap, service juridique,
à Bienne,

et

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

Art. 82 LPA-VD

Vu la demande de rente d'invalidité déposée le 24 mai 2006 par M. _____ (ci-après : l'assuré),

vu l'examen rhumatologique du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) effectué le 18 septembre 2007 par le Dr X. _____, médecin interniste et rhumatologue FMH, qui atteste une incapacité de travail totale de l'assuré dans l'activité habituelle de maçon, mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée,

vu les rapports du Dr T. _____ (du 4 mai 2006) et des Dresses N. _____ et F. _____ (du 16 octobre 2008), psychiatres, qui ont respectivement posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11),

vu l'avis médical SMR des Drs L. _____ et V. _____ du 8 décembre 2009, qui relève qu'une expertise psychiatrique ou pluridisciplinaire n'apparaît pas en l'état nécessaire,

vu la décision rendue le 19 mai 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), refusant d'octroyer une rente et un reclassement professionnel à l'assuré au motif que son préjudice économique est de 17,6% dans une activité adaptée,

vu le recours interjeté le 21 juin 2010 contre cette décision par l'assuré, représenté par Procap, qui conclut principalement à l'octroi de mesures de reclassement et d'une rente entière limitée dans le temps suivie éventuellement d'une rente partielle, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, expertise complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants,

vu le rapport médical du 29 avril 2011 du Dr S. _____, chef de clinique-adjoint de l'Unité I. _____ (ci-après : Unité I. _____) de [...], qui retient ce qui suit :

"1.- Diagnostic :

Trouble schizo-typique (F21.).

2.- Les répercussions des problèmes de santé sur sa capacité de travail.

Sur le plan psychiatrique, nous sommes face à un tableau clinique complexe, probablement lié avec des éléments biographiques de traumatismes et de carences massifs pendant son enfance, notamment en lien avec une précarité économique caricaturale ayant impliqué une forme d'abus économique du patient. Ces éléments ont fragilisé massivement ce dernier sur le plan des perceptions des enjeux relationnels et concrets de la vie en général, mais plus particulièrement en ce qui concerne le monde du travail. Elle se manifeste par des perturbations formelles de la pensée (contenu envahissant, ruminations, rétrécissement, pensée peut prendre un aspect acoustique ou visuel envahissant) qui peut conduire à des phénomènes de perplexité ou de confusions. Elle perturbe également les perceptions que le patient a de lui-même, notamment sur le plan physique, où il peut fournir des explications particulières de causalité pour des phénomènes douloureux ou désagréables qu'il ressent, correspondant à des distorsions perceptives. Les capacités d'adaptation relationnelles sont également affectées de façon majeure, le regard de l'autre étant rapidement ressenti comme persécuteur, maltraitant ou rejetant, avec un caractère symbolique annihilant, surtout lorsque ce dernier vise à évaluer le patient. Dans ce type de situation, il craint de se montrer irritable, voir[e] impulsif et tente d'en prévenir les conséquences par un retrait social important.

3.- La capacité de travail résiduelle en pourcent et la précision d'éventuelles activités qui seraient encore possibles (avec indication de la capacité de travail dans une activité adaptée et description des limitations fonctionnelles à respecter)

0 % indépendamment du type d'activité.

4.- Pronostic

Il s'agit d'une affection présente très probablement depuis au moins l'adolescence, ayant perturbé de façon importante le comportement relationnel du patient tout au long de sa vie, notamment, dans le contexte du travail. L'aspect sur-adapté qui constituait la couverture défensive initiale du patient a pu être maintenu jusqu'à des événements vécus comme des rejets qui ont précipité la symptomatologie en la rigidifiant, ne permettant actuellement plus au patient d'entrer en confrontation avec une tâche concrète ou avec le regard évaluateur d'un employeur comme l'implique un emploi sur le marché du travail de l'économie libre. Il nous semble qu'une reprise d'activité serait même très difficile dans un contexte occupationnel comme l'a montré une expérience tentée aux Ateliers de H. _____ à [...], il y a quelques années. Le patient a ainsi donné une structure rigide à son quotidien dans lequel il peut malgré tout assumer quelques tâches, notamment le jardinage. Le tableau clinique ne bénéficie en général pas de la mise en place d'un traitement médicamenteux. Sur le plan thérapeutique, les objectifs qu'on pourrait atteindre sont également limités à une adaptation à minima à son contexte de vie actuel."

vu la réponse de l'OAI du 25 mai 2011, dans laquelle l'office expose qu'il a soumis le rapport précité au SMR pour appréciation, et qu'il se rallie à l'avis médical SMR établi le 19 mai 2011 par les Drs L._____ et V._____, lequel constate ce qui suit :

"Assuré de 54 ans, qui a déposé une demande de prestations AI en 2006. Maçon, il est en IT totale dans cette activité depuis juin 2005 pour des raisons ostéo-articulaires. Néanmoins, dans une activité adaptée, sa CT a été considérée comme entière par le SMR (voir rapport d'examen SMR du 22.10.2007, puis avis médical SMR du 05.05.2009). Des mesures de réadaptation chez H._____ ont été entreprises en 2008, rapidement interrompues pour raisons psychiatriques, qui n'ont toutefois pas été considérées comme durablement incapacitantes (voir avis médical SMR du 05.05.2009). Finalement, il est procédé à une approche théorique du préjudice économique et, en date du 23.06.2009, un projet de refus de rente est fait à l'assuré, le degré d'invalidité étant de 18%. L'assuré conteste ce projet, mais, par décision AI du 19.05.2010, il est informé d'un refus de rente et de reclassement professionnel. En date du 21.06.2010, l'assuré fait recours auprès de la CASSO contre cette décision.

Dans le cadre de ce recours, un nouveau rapport médical est versé au dossier. Il s'agit d'un rapport médical datant du 29.04.2011, émanant du Dr S._____, chef de clinique [recte : chef de clinique-adjoint] à l'Unité I._____ de [...] et adressé à l'avocat de l'assuré.

Le Dr S._____ retient le diagnostic de trouble schizo-typique (F21), présent depuis au moins l'adolescence et qui a, de l'avis du psychiatre, « perturbé de façon importante le comportement relationnel du patient tout au long de sa vie, notamment dans le contexte du travail ».

Nous sommes surpris de ce nouveau et grave diagnostic d'ordre psychiatrique pour différentes raisons. Premièrement, il a été question jusqu'alors d'un trouble somatoforme douloureux, diagnostic posé par le Dr T._____ lors d'une expertise psychiatrique réalisée en 2006 (voir dossier perte de gain du 17.10.2006) et d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), diagnostic posé par les Drs N._____ et F._____ de l'Unité I._____ de [...] en août 2008 (voir RM du 05.12.2008). Deuxièmement, les nombreux rapports médicaux au dossier, notamment ceux du médecin traitant, n'ont jamais porté à notre connaissance la présence d'une si grave atteinte à la santé psychique. De même, le fonctionnement de l'assuré jusqu'alors n'a pas non plus laissé penser à une telle atteinte. Enfin, le Dr S._____ n'étaye pas son diagnostic sur la base des critères de la CIM-10. En conclusion, au vu de ce qui précède, et afin de clarifier la situation médicale de l'assuré sur le plan psychique, je proposerais qu'il soit réalisé une expertise psychiatrique."

vu les pièces du 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),

qu'en l'espèce, dans sa réponse du 25 mai 2011, l'OAI convient de la nécessité de procéder à des mesures d'instruction supplémentaires sur le plan psychiatrique, compte tenu du "*nouveau et grave*" diagnostic de trouble schizo-typique posé par le Dr S. _____;

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 du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]),

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 19 mai 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 psychiatrique 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 LGPA; art. 55 al. 1 LPA-VD), dont il convient d'arrêter le montant, à ce stade de la procédure, à 1'000 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
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 19 mai 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.

- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. _____ la somme de 1'000 fr. (mille 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, service juridique (pour le recourant),
- 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 :