

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 juin 2011

---

Présidence de        Mme    THALMANN  
Juges    :        Mmes    Röthenbacher et Di Ferro Demierre  
Greffier        :        M. d'Eggis

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à Mollens, recourante,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ** (ci-après : OAI), à Vevey, intimé,

---

**Art. 17 al. 1 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_, née le 25 septembre 1959 en Tunisie, a obtenu la nationalité suisse le 20 juillet 1984, s'est mariée le 15 mai 1997 en secondes noces et est la mère de deux enfants aujourd'hui majeurs issus du premier mariage. Elle a travaillé notamment en qualité de compliance officer dans une banque du 1<sup>er</sup> septembre 2000 au 30 juin 2003, son contrat de travail ayant été résilié pour cause d'incompatibilité de caractère.

Par formule de "demande de prestations AI pour adultes" datée du 23 février 2004, H.\_\_\_\_\_ a requis une rente pour cause de dépression depuis décembre 2002.

Dans un rapport du 17 septembre 2003, le Dr K.\_\_\_\_\_, chef de clinique à l'hôpital de Prangins, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, et pronostiqué une évolution très lentement favorable, en considérant nulle la capacité de travail.

Par lettre du 30 mars 2004, le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI qu'il avait mis H.\_\_\_\_\_ en arrêt de travail pour état dépressif à la suite d'un problème de mobbing dans la banque où elle travaillait, mais que cette situation ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée.

Dans un rapport médical AI du 8 avril 2004, les Drs C.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ diagnostiquent un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique. Ils mentionnent une incapacité de travail totale dès le 25 février 2003. Ils exposent en outre que H.\_\_\_\_\_ se plaint de troubles du sommeil, d'angoisses et de tristesse et préconisent un traitement antidépresseur et une psychothérapie. Dans l'annexe à ce rapport remplie le même jour, ces médecins ont répondu que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, mais que la capacité de travail au même poste pouvait être améliorée.

Dans un rapport complémentaire du 19 mai 2005 destiné à l'AI, les Drs O.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ ont constaté que l'évolution clinique de H.\_\_\_\_\_ depuis mars 2004 restait stationnaire, son état étant "moins symptomatique" mais "fragile sur le plan émotionnel", qu'une reprise de travail pouvait être envisagée dès juin à 50 %, avec une réévaluation pour une reprise à 100 % après trois mois, et qu'alors, une symptomatologie anxieuse et dépressive empêchait une reprise du travail à 100 %, sans qu'il existe au plan psychiatrique des limitations fonctionnelles.

Par décision du 14 mars 2006, l'OAI a octroyé à H.\_\_\_\_\_ une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2004, puis une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2005, en exposant en bref qu'elle était capable dès cette dernière date d'exercer une activité lucrative à un taux de 50 %.

**B.** Dans un questionnaire pour la révision de la rente rempli le 5 avril 2006, H.\_\_\_\_\_ a indiqué n'avoir pas encore repris une activité professionnelle, en précisant qu'elle avait toujours peur ou pas confiance.

Dans un rapport médical sur formulaire AI du 5 octobre 2006, les Drs N.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique-adjointe et médecin-assistant à l'Hôpital psychiatrique de Prangins, ont posé le diagnostic de "trouble dépressif récurrent, épisode actuellement moyen, avec syndrome somatique", avec répercussions sur la capacité de travail, et celui de difficultés avec le conjoint, sans de telles répercussions. Ils estiment l'incapacité de travail totale depuis le 25 février 2003 et relèvent en outre ce qui suit :

"Constatations objectives :

Cette patiente fait son âge. L'hygiène vestimentaire et personnelle sont correctes. Elle est bien orientée aux quatre modes. Dans au moins deux entretiens, la patiente explose dans des crises d'angoisse importante, avec accès de pleurs, tachypnée, jusqu'au besoin de vomir, réaction qui nous fait penser à certains traits histrioniformes. Sur le plan de la thymie, nous remarquons une humeur fortement déprimée, mais sans l'apparition d'idées suicidaires. La patiente décrit une perte d'énergie et une fatigue importante, avec un sentiment de

dévalorisation et de culpabilité par rapport à son fils. Nous ne remarquons pas de symptômes de la lignée psychotique."

Ces praticiens ont indiqué avoir réintroduit un traitement antidépresseur et précisé que, sous traitement antidépresseur et avec une psychothérapie de soutien, une amélioration de la symptomatologie était envisageable.

Sur avis médical SMR du 15 mai 2007, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre en la personne de la Dresse E.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a déposé son rapport le 19 novembre 2007, après avoir lu le dossier AI et vu en consultation H.\_\_\_\_\_ les 14 août, 3 et 10 septembre 2007. Après une anamnèse complète, ainsi qu'un exposé des plaintes et données subjectives de l'assurée et de son status clinique, l'expert a diagnostiqué un "trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen F33.1 présent depuis février 2003" et un "trouble de la personnalité sans précision F60.9 présent depuis le début de l'âge adulte. La Dresse E.\_\_\_\_\_ mentionne en outre ce qui suit :

#### "Appréciation du cas et pronostic

Cette expertisée présente un état dépressif récurrent depuis 2003. Par contre, il ressort de l'anamnèse qu'elle présentait, très probablement un trouble de personnalité antérieur qu'il est difficile aujourd'hui de préciser. Par contre, ce trouble de la personnalité rend l'expertisée très vulnérable lorsqu'elle est confrontée à ce qu'on appelle couramment l'adversité. Elle est en effet incapable de se remettre en question et utilise des mécanismes très projectifs pour essayer de les comprendre ce qui ne lui permet pas de trouver des solutions pour s'y adapter et apprendre à "faire avec". Cette stratégie a bien évidemment ses limites que l'expertisée a atteintes ces dernières années en devant faire face à des pressions professionnelles et privées, qu'elle a gérées à sa façon et avec des conséquences dommageables pour elle. Aujourd'hui, elle reste enfermée dans son système projectif et attend que le monde se rende compte des injustices dont elle pense avoir été victime. L'expertisée a de la peine à faire confiance, elle doit maîtriser le maximum de choses et son traitement en fait partie, c'est pourquoi il lui est extrêmement difficile de s'en remettre aux décisions des médecins qu'elle vit comme unilatérales et qu'elle essaie de trouver d'autres moyens thérapeutiques, tout en se rendant compte qu'ils sont insuffisants ce qui l'amène à reprendre des suivis traditionnels

pour un temps. Je ne pense pas qu'il faille voir là-dedans un refus de soins mais plutôt une difficulté pathologique à assumer sa maladie. Par ailleurs, l'expertisée semble présenter une tolérance très limitée aux médicaments et présenter des effets secondaires importants qui n'aident en rien à sa prise en charge dans un contexte déjà difficile. En conclusion, je dirais que le trouble de personnalité n'a pas empêché l'expertisée de vivre normalement et que l'état dépressif qu'elle présente, à lui seul, entraînerait une incapacité de travail de 50%. Par contre, l'état dépressif a aggravé les manifestations du trouble de personnalité qui vient lui-même compliquer et, dans les faits, aggraver les conséquences du trouble dépressif."

L'expert E. \_\_\_\_\_ a constaté que H. \_\_\_\_\_ était totalement incapable de travailler en raison de troubles psychiatriques qu'elle présente.

Dans un avis médical SMR du 11 décembre 2007, le Dr S. \_\_\_\_\_ a estimé que ce rapport d'expertise psychiatrique ne faisait état d'aucun élément objectif pour une aggravation de l'état de santé et que l'assurée avait arrêté tout traitement psychotrope et tout suivi psychiatrique, si bien qu'il estimait que la capacité de travail était toujours de 50%.

Dans un rapport établi le 30 mars 2009 à l'intention de l'OAI, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a exposé notamment :

"Pour l'instant, le travail psychothérapeutique s'est fixé comme objectif une redéfinition de la relation conjugale (probablement une séparation définitive). Nous n'avons que brièvement évoqué l'incapacité de travail. Pour la patiente, il lui paraît impossible actuellement d'envisager une activité professionnelle. Sur le plan médical, le vécu persécutoire est tel qu'il rend, pour l'instant, illusoire une activité professionnelle. J'ignore si des tests psychologiques ont été pratiqués, si non, ils me paraissent indispensables dans ce cas de figure. La complexité de cette situation rend nécessaire, à mon avis, la collaboration d'un centre d'expertise."

Par avis médical SMR du 9 juin 2009, le Dr R. \_\_\_\_\_ a constaté que la Dresse E. \_\_\_\_\_ n'avait pas mis en évidence d'éléments probants pour une aggravation de l'état de santé, que le Dr Z. \_\_\_\_\_ avait décrit un état qui paraissait superposable à ce qu'il était lors de

l'expertise en novembre 2007 et que l'exigibilité du suivi psychiatrique persistait, une révision devant être prévue à une année.

Le 12 juin 2009, l'OAI a informé l'assurée de son intention de poursuivre le versement d'une demi-rente d'invalidité.

Par décision du 7 janvier 2010, l'OAI a constaté que le degré d'invalidité de H. \_\_\_\_\_ n'avait pas changé au point d'influencer le droit à la rente, si bien qu'elle continuait à bénéficier de la même rente à 50% qu'auparavant.

**C.** Par acte du 30 janvier 2010, H. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision, en indiquant que l'OAI n'avait pas suffisamment tenu compte de certains éléments soulignés dans le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ à l'époque, concernant ses troubles de la personnalité, et avait plutôt basé sa décision sur la dépression qui n'était que leur manifestation.

Elle a produit une attestation du 25 février 2010 où le Dr Z. \_\_\_\_\_ a indiqué avoir pris connaissance de l'expertise établie par la Dresse E. \_\_\_\_\_ de novembre 2007, être d'accord avec elle sur le plan clinique, mais ne pas partager ses appréciations au sujet du trouble de la personnalité de l'assurée, qui présente selon lui une personnalité paranoïde qui la conduit à prendre des décisions basées sur une analyse biaisée de la réalité (idées quasi délirantes non bizarres, impliquant des situations rencontrées dans la réalité mais interprétées comme malveillantes et toujours sur un mode soupçonneux). Selon le Dr Z. \_\_\_\_\_, cet aspect du problème psychiatrique de H. \_\_\_\_\_ méritait plus d'attention et devait être réexaminé; le diagnostic de "trouble de la personnalité sans précision", tel que décrit dans l'expertise, ne reflétait pas la réalité clinique de l'expertisée et son handicap.

Dans une lettre du 28 février 2010, H. \_\_\_\_\_ a précisé qu'elle demandait un réexamen de son degré d'incapacité de travail.

Le 23 avril 2010, l'OAI s'est déterminé en estimant que le courrier du 25 février 2010 du Dr Z.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément suffisamment étayé permettant de remettre en cause le bien fondé de la décision attaquée et en concluant au rejet du recours.

Dans une lettre du 20 mai 2010, H.\_\_\_\_\_ a indiqué être suivie par le Dr D.\_\_\_\_\_, qui a diagnostiqué une dégénérescence au niveau des cervicales avec rétrécissement du canal rachidien occasionnant des douleurs lancinantes et des céphalées encore plus aiguës que par le passé, perturbant son sommeil et nécessitant des séances fréquentes pour lui débloquent le dos. L'assurée exprimait son incompréhension de voir l'OAI ne pas suivre l'avis des médecins traitants et même de son propre expert, qui avait conclu à une incapacité totale et de ne pas avoir ordonné une nouvelle expertise à laquelle de nombreux courriers faisaient pourtant référence. Elle a produit un certificat médical établi par le Dr D.\_\_\_\_\_ indiquant être consulté depuis le 29 juin 2009 pour les affections chroniques suivantes :

- "1) syndrome cervico-brachial et irritatif de C8 à gauche
- 2) syndrome cellulo-myalgique des ceintures scapulaires et pelvienne
- 3) céphalées cervicogènes
- 4) syndrome lombo-sciatique irritatif gauche, surmonté occasionnellement de paresthésies du territoire distal de S1."

Par lettre du 7 juin 2010, l'OAI a confirmé sa conclusion en rejet du recours.

### **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'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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.

**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 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)** La Cour de céans est ainsi compétente pour statuer sur le recours contre la décision rendue le 7 janvier 2010 par l'OAI, lequel a été interjeté en temps utile.

**2.** 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; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**3.** En vertu de l'art. 17 al. 1 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. Tout changement

important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343, consid. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuses (ATF 133 V 108; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

En l'espèce, le litige porte sur la modification éventuelle, par la voie de la révision, du droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis la décision de rente du 14 mars 2006.

**4. a)** La décision du 14 mars 2006 est fondée principalement sur les rapports des médecins de l'Hôpital psychiatrique de Prangins des 8 avril 2004 et 19 mai 2005. Ces médecins ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, et estimé que celui-ci entraînait une incapacité de travail totale, mais qu'une reprise à 50% pouvait être envisagée dès juin 2005.

**b)** Le 5 octobre 2006, les Drs N.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent épisode actuellement moyen, avec syndrome somatique, la capacité de travail étant nulle dès le 25 février 2003. Ils évoquent certains traits histrioniformes et une humeur fortement déprimée. Dans son rapport du 15 mai 2007, l'expert pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen et trouble de la personnalité sans précision. Elle est d'avis que l'état dépressif

présenté par la recourante à lui seul entraînerait une incapacité de travail de 50% mais qu'il a aggravé les manifestations du trouble de la personnalité, lequel vient lui-même aggraver les conséquences du trouble dépressif, l'incapacité de travail étant totale. Enfin, le Dr Z. \_\_\_\_\_ estime le 25 février 2010 que le diagnostic de trouble de la personnalité sans précision ne reflète pas la réalité clinique de l'expertisée et son handicap.

Les diagnostics posés par ces praticiens sont ainsi divergents et aucun d'entre eux ne décrit l'évolution de l'état de santé de la recourante. Ils sont en outre insuffisamment documentés. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ indiquait du reste en 2009 que des tests psychologiques étaient indispensables, de même qu'une expertise vu la complexité du cas.

Quant aux Drs S. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, ils estiment que l'état de santé de la recourante ne s'est pas aggravé et contrairement à tous les autres praticiens consultés, que sa capacité de travail est toujours de 50%. Ils ne sont toutefois pas spécialistes en psychiatrie et leurs avis sont peu documentés.

Ainsi, au vu des rapports et avis médicaux versés au dossier, il n'est pas possible de savoir si l'état de santé de la recourante s'est modifié ou non depuis la décision du 14 mars 2006.

**c)** En conséquence, il y a lieu de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'en application de l'art. 44 LPGA, il mette en œuvre une expertise psychiatrique, voire pluridisciplinaire s'il l'estime nécessaire, compte tenu des affections somatiques dont fait état la recourante ainsi que son médecin traitant, le Dr D. \_\_\_\_\_.

En effet, selon la jurisprudence, il appartient au premier chef à l'OAI d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales et est codifié à l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. aussi art. 57 al. 1 let. f LAI; ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985, K 646 p. 235 consid. 4).

**5.** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise, puis nouvelle décision.

Vu l'issue du litige, le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 52 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu à allocation de dépens, la recourante ayant procédé sans l'assistance d'un conseil.

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue le 7 janvier 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

**III.** L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Mme H. \_\_\_\_\_ personnellement,
- 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 :