

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 novembre 2010

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges MM. Zbinden et Pittet, assesseurs  
Greffière : Mme Favre

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à Bex, recourant, représenté par Me Irène Wettstein Martin,  
avocate à Vevey,

et

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

---

**Art. 14a; art. 18 LAI; art. 87 RAI; art. 17 LPG**A

**E n f a i t :**

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1961, victime d'un accident du travail (chute d'un toit) le 3 avril 1996, a déposé le 5 décembre 1997 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI).

Par décision sur opposition du 10 novembre 2004, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré.

Le recours déposé par l'assuré contre ladite décision a été rejeté par le Tribunal des assurances le 22 février 2006, au motif que l'atteinte dont souffrait l'assuré (syndrome lombo-vertébral chronique sur discopathie L5-S1) ne l'empêchait pas d'exercer une activité adaptée à plein temps et que les troubles somatoformes dont il souffrait n'avaient pas un caractère invalidant. Ce jugement est entré en force.

Parallèlement à la procédure AI, l'assuré avait conclu au mois d'août 2002 une transaction avec la Caisse nationale en cas d'accidents (ci-après: CNA), portant sur l'octroi d'une rente d'invalidité LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents) fondée sur un degré d'invalidité de 55% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2000. L'OAI a considéré qu'il n'était pas lié par cette transaction et s'est fondé sur l'expertise de l'Inselspital de Berne du 6 septembre 2001 et sur l'avis bi-disciplinaire avec volet psychiatrique du Service médical régional AI (ci-après: SMR) pour admettre une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Le jugement du Tribunal des assurances n'a pas critiqué la décision de l'OAI.

**B.** Le 15 février 2007, Q. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Par courrier du 20 février 2007, l'OAI a attiré l'attention de l'assuré sur le fait que la nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que son état de santé s'était aggravé.

L'assuré a répondu par écrit le 2 mars 2007 et a indiqué que sa santé s'était péjorée considérablement tant du point de vue physique que psychique. Il a ajouté qu'il avait consulté quinze jours plus tôt un psychiatre au Centre du Grand Chêne à Aigle et qu'il devait y retourner le 15 mars 2007.

Sur demande de l'assuré, son médecin traitant, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a rédigé un rapport médical daté du 12 mars 2007, dans lequel il ne signale pas d'aggravation sur le plan somatique mais fait état d'une importante augmentation des douleurs, ainsi que d'un syndrome dépressif pour lequel l'assuré serait suivi par le Centre du Grand-Chêne à Aigle.

Par courrier du 13 août 2007, la Dresse W.\_\_\_\_\_ et la Psychologue assistante Aigle du centre précité ont indiqué qu'il n'y avait pas de suivi psychiatrique mais que l'assuré avait été vu à quatre reprises du 19 février au 14 juin 2007 en vue d'un consilium psychiatrique demandé par son médecin traitant. Elles ont signalé qu'il était selon elles nécessaire de mettre en œuvre une expertise afin d'évaluer l'atteinte à la santé psychique de l'assuré.

Le consilium susmentionné daté du 13 août 2007, signé par les Dresses W.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ et la psychologue Aigle, fait état d'un diagnostic de "possible modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (chute de 11 mètres) F.62.0" et d'un "possible trouble somatoforme persistant F45.4".

Le 22 août 2007, un nouveau rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ reprenant les éléments médicaux du rapport du 12 mars 2007 a été transmis à l'OAI.

Le SMR, dans deux avis datés du 22 octobre et 3 décembre 2007, a relevé que le Dr N. \_\_\_\_\_ ne faisait pas état d'une aggravation objective sur le plan somatique et que le diagnostic de modification de personnalité après expérience de catastrophe ressortant du consilium psychiatrique devait être mis en doute, l'assuré ayant fait en 1996 une chute de 3 à 4 mètres et non de 11 mètres sans perte de connaissance. Il s'était en outre rendu directement après la chute dans une permanence où seules des contusions avaient été diagnostiquées. En conclusion, les nouveaux éléments médicaux n'apportaient pas la preuve selon le SMR d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

**C.** Aux termes d'un projet de décision du 2 juin 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il ne donnerait pas suite à sa demande de prestations AI, au motif que les nouvelles pièces médicales produites par ce dernier ne faisaient pas état d'une aggravation de son état de santé.

Dans ses objections du 2 juillet 2008, l'assuré a maintenu que son état de santé s'était aggravé et a requis des investigations supplémentaires tant sur le plan somatique que psychiatrique.

Par décision du 23 mars 2009, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et des mesures professionnelles à l'assuré pour les motifs déjà explicités.

**D.** L'assuré a recouru contre cette décision par acte du 27 avril 2009. Il maintient que son état de santé s'est aggravé entre la première décision de refus de prestations de l'OAI du 10 novembre 2004 et le dépôt de sa nouvelle demande du mois de février 2007. Cette aggravation serait intervenue sous la forme de troubles psychiatriques qui n'existaient pas au moment de la première décision de l'OAI. Il conclut à l'annulation de la décision du 23 mars 2009 et à l'octroi d'une rente d'invalidité après la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, subsidiairement, à l'octroi de mesures de réinsertion et, plus subsidiairement encore, à des mesures de placement.

L'OAI a répondu par acte du 22 juin 2009 et a conclu au rejet du recours, au motif que les arguments de l'assuré n'étaient pas de nature à remettre en cause la décision querellée.

Par courrier du 5 juillet 2010, le recourant a encore transmis un rapport médical de la Fondation de Nant, Secteur psychiatrique de l'Est vaudois, daté du 30 juin 2010 attestant qu'il y était suivi depuis décembre 2009 en raison d'une symptomatologie anxieuse et dépressive. Ce rapport mentionne un diagnostic de "possible modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (chute de 11 mètres) F 62.0" et un "épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F.33.11".

Le courrier du recourant ainsi que le rapport précité ont été transmis pour information à l'intimé le 17 août 2010.

### **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 en principe 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. 69 LAI). 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.** La contestation porte sur la question de l'aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision initiale de refus de prestations AI (degré d'invalidité inférieur à 20%), ainsi que sur le droit aux mesures professionnelles.

**a)** Aux termes de l'art. 87 RAI, 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 (al. 3). 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 à l'al. 3 sont remplies (al. 4).

Les conditions de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2, 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2 et les références).

**3.** Seule l'évolution de l'état de santé au plan psychiatrique est examinée. Au plan somatique, les nouveaux certificats médicaux produits par le recourant ne font pas état d'une modification de l'état de santé, le médecin traitant signalant uniquement une augmentation des douleurs.

**a)** On rappelle en premier lieu que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avait déjà été posé depuis plusieurs années et le Tribunal des assurances, dans la cause relative à la décision initiale de refus de prestations AI, avait nié le caractère invalidant de ce trouble en

application des critères actuels posés par la jurisprudence (ATF 130 V 352 et les références). Le Tribunal avait notamment relevé que "les traits de personnalité évoqués ne relèvent pas d'un état pathologique invalidant, mais peuvent et doivent être surmontés par l'intéressé par l'effet de la volonté que l'on est en droit d'attendre de lui. En effet, comme le prévoit la jurisprudence ci-dessus, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail est admissible seulement dans des cas exceptionnels. Il suppose, comme déjà relevé, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance, dont aucun n'est réalisé in casu".

S'agissant des nouveaux certificats médicaux présentés par le recourant, ils ne rendent pas vraisemblable la survenance d'une grave atteinte psychiatrique. On relève en particulier que durant la période déterminante, l'intéressé n'a pas entrepris de véritable traitement psychiatrique puisqu'il n'a été vu qu'à quatre reprises par les psychiatres et psychologues du Centre du Grand-Chêne à Aigle. Celles-ci ont par ailleurs estimé qu'il n'y avait pas d'indication pour une psychothérapie. En outre et comme le retient le médecin du SMR, le diagnostic de probable modification de la personnalité après expérience de catastrophe n'est pas non plus rendu vraisemblable, l'hypothèse émise étant que l'assuré aurait développé un tel trouble suite à une expérience traumatisante de chute durant laquelle il se serait vu mourir. Or, comme le souligne le SMR, la chute en question n'avait pas entraîné de perte de connaissance, l'assuré s'était rendu lui-même à une permanence, où seules des contusions avaient été constatées. Quant au rapport du 30 juin 2010 du Secteur psychiatrique de l'Est vaudois, il n'en ressort aucun élément pertinent sur une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant entre la date de la décision initiale de refus de prestations du 10 novembre 2004 et la date de la décision querellée du 23 mars 2009, il ne fait état que de constatations médicales postérieures à décembre 2009. On relève également que la médication prescrite par le généraliste n'est pas celle qui est prévue en cas de grave dépression.

**b)** Au vu des pièces médicales en sa possession, le SMR pouvait constater l'absence d'aggravation de l'état de santé du recourant sans procéder à un examen plus approfondi. La décision attaquée échappe ainsi à la critique en tant qu'elle retient, sur la base d'un dossier suffisamment instruit sur le plan médical, que le degré d'invalidité du recourant ne s'est pas modifié depuis la précédente décision.

**4.** Il reste à examiner le droit du recourant à des mesures de réinsertion professionnelle et de placement.

**a)** L'art 14a LAI prévoit un droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle lorsque l'assuré présente depuis six mois au moins une incapacité de travail de 50 % au moins, pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en oeuvre de mesures d'ordre professionnel. Les mesures de réinsertion doivent permettre, lorsque cela s'avère nécessaire dans le cadre d'un plan de réadaptation concret, de créer les conditions de la mise en oeuvre de mesures d'ordre professionnel plus étendues; la nécessité des telles mesures doit être prouvée, en ce sens qu'elle ne sauraient entrer en considération que s'il s'avère que, sans elles, la réadaptation professionnelle serait tout à fait impossible (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5e révision de l'AI], FF 2005 4276 ch. 1.6.1.3, 4318).

Quant à l'art 18 LAI, il prévoit un droit au placement lorsque l'assuré présente une incapacité de travail et qu'il est susceptible d'être réadapté. Selon la jurisprudence (arrêt non publié F. du 15 juillet 2002, I 421/01), il n'y a pas d'invalidité au sens de l'art. 18 LAI (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à son état de santé et qu'il ne présente pas de limitations liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles du comportement qui l'entraveraient dans sa recherche de travail (p.ex. pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité

professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité).

**b)** En l'occurrence, le recourant n'explique pas les motifs pour lesquels une réadaptation professionnelle serait impossible sans la mise en œuvre de mesures de réinsertion. L'argument consistant à répéter qu'il ne peut pas travailler plus de quelques heures en raison de ses douleurs – l'assuré indique avoir tenté de travailler dans une manufacture à Leysin en février 2007 et n'avoir pas réussi à rester debout plus de quelques heures en raison de ses douleurs – n'est pas pertinent dans la mesure où il a été reconnu que la capacité de travail du recourant est de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et que, comme on vient de le voir, une aggravation de son état de santé n'est pas avérée. En outre la mise en œuvre de telles mesures implique que l'assuré ait des objectifs concrets visant à se réinsérer dans le milieu professionnel, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Le droit aux mesures de placement doit également être nié au vu de la capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée et de l'absence de circonstances particulières qui entraveraient la recherche de travail (cf. consid. 4a supra).

**c)** La décision de l'intimé de refuser le droit à des mesures de réinsertion et de placement échappe donc également à la critique.

**5. a)** En définitive, le recours mal fondé doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision attaquée.

**b)** 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 (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être

arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPG; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 23 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 500 fr. (cinq cents francs) est mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Irène Wettstein Martin (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).

La greffière :