

VD_FINDINFO AI 77/11 - 239/2012 vom 18. Juli 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-07-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_77_11_-_239_2012

FR: VD_FINDINFO AI 77/11 - 239/2012 du 18 juillet 2012

IT: VD_FINDINFO AI 77/11 - 239/2012 del 18 luglio 2012

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, FORCE PROBANTE, NOUVELLE DEMANDE | 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 69 al. 1 let. a LAI, 17 LPGA, 43 LPGA, 44 LPGA, 6 LPGA, 60 al. 1 LPGA, 61 let. g LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 69 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI, 87 al. 4 RAI, 2 al. 1 let. c LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD

Erwägungen

E. 9

novembre 2010 du Dr D. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant depuis le 1^{er} octobre 2007. Il estimait qu'en raison des troubles psychiatriques, l'assuré présentait une incapacité de travail à 100 %. Sur le plan physique, compte tenu de douleurs chroniques de la colonne s'exacerbant souvent sans effort préalable, ce médecin était d'avis qu'un travail manuel même simple était impossible vu l'incapacité à maintenir une posture de manière prolongée. Dans un certificat médical du 23 novembre 2010, le Dr X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, suivant l'assuré depuis le 16 février 2009, a observé ce qui suit: " Douleurs et troubles annoncés Le patient présente les symptômes suivants: insomnie, cauchemars, oublis, ralentissement, diminution de l'intérêt et de l'aptitude à se concentrer, sentiment de culpabilité, perte d'espoir, idées suicidaires, désorganisation, méfiance, sentiment de persécution, et hallucinations auditives et visuelles dont le patient a très peur de parler: il nous demande instamment de changer de sujet par peur de conséquence sur lui et ses proches. Le patient nous dit voir des « monstres » ou des personnes décapitées et ceci à n'importe quel moment, même en séance. Il dit aussi qu'il entend des voix qui lui ordonnent de faire des choses qu'il ne souhaiterait pas faire, par exemple: d'étrangler ou de tuer le thérapeute ou toute personne qui pourrait le regarder ou lui poser des questions le concernant. Il dit que pour l'instant il a trouvé la force de résister et espère qu'avec l'aide de Dieu il ne leur cédera pas, mais que cette lutte constante est très difficile. S'il nous parle de tout cela ou s'il refuse de « leur » obéir, il dit avoir des problèmes durant les semaines qui suivent et se sentir très mal, c'est pourquoi il nous demande de ne pas aborder le sujet. La famille se plaint du comportement de plus en plus inadéquat du patient, en particulier d'une irritabilité croissante. Cette incapacité d'être en relation s'avère particulièrement problématique et source de conflits permanents. Le patient supporte de moins en moins d'être en présence d'un tiers. Il présente une modification globale, persistante et significative de certains aspects du comportement, se manifestant par une perte d'intérêt, un comportement sans but, une attitude centrée sur soi-même et un retrait social. [...] Diagnostic F25.1 Trouble schizo-affectif, type dépressif. F32.1 Episode dépressif moyen avec symptômes somatiques. Lombalgies chroniques sur discopathie L4-L5 discrète et L5-S1, modérée. Cervicalgies chroniques sur discopathie C5-C6 et

C6-C7. [...] Discussion et pronostic Vu son tableau clinique, le pronostic reste très réservé. Il est à noter que lors de la première demande AI, à notre connaissance, Monsieur H._____ n'a pas fait l'objet d'une évaluation de sa santé psychique ou ne présentait pas encore de troubles psychiatriques. En effet, son état de santé psychique a commencé à s'aggraver progressivement depuis 2006 et depuis il est dans l'incapacité de travailler pour des raisons psychiques à 100 %. Son état de santé psychique actuel est très préoccupant, et à notre avis, justifie à lui seul une prise en charge AI. " Selon un avis médical SMR du 2 décembre 2010, le Dr P._____ a relevé que le rapport du Dr X._____ ne rendait plausible aucun fait nouveau ni aggravation objective de l'état de santé psychique de l'assuré postérieur à la dernière décision de refus de prestations. Les plaintes évoquées s'avéraient globalement identiques à celles mentionnées le 24 septembre 2007 par la Dresse Q._____. Le status ainsi que le traitement prodigué étant également superposables à ceux constatés par la Dresse Q._____. Enfin, une incapacité de travail avait déjà été attestée par les psychiatres traitants (les Drs C._____ et S._____) à fin 2006, avant l'expertise de septembre 2007. Par projet de décision du 6 décembre 2010, l'OAI a signifié son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Il indiquait que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision et qu'il s'agissait dès lors uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Le 4 février 2011, l'Office AI a rendu une décision de refus d'entrer en matière, confirmant l'intégralité du projet précité. C. Par acte du 11 mars 2011, H._____, représenté par l'avocat Olivier Carré, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus précitée. Il conclut à son annulation, le dossier de la cause étant retourné à l'OAI pour nouvelle instruction de la seconde demande dans le sens des considérants. Le recourant avance en substance que son état de santé s'est péjoré depuis la dernière décision lui refusant le droit aux prestations. Le Dr X._____ atteste en ce sens de troubles schizo-affectifs totalement nouveaux. Cet avis est corroboré par un rapport médical du 26 janvier 2009 des Drs J._____ et K._____ de l'Hôpital psychiatrique de [...]. Le médecin traitant, le Dr D._____, confirmant sa perplexité au vu de l'état psychique de son patient. Ainsi, en présence d'indices médicaux concordants quant à une péjoration de l'état de santé, l'OAI devait entrer en matière et investiguer l'état de santé actuel. Le 23 mars 2011, le Juge instructeur de la Cour de céans a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 24 février 2011, Me Olivier Carré étant désigné en qualité d'avocat d'office. Par réponse du 28 avril 2011, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il souligne ne pas avoir eu connaissance du rapport médical des Drs J._____ et K._____ du 26 janvier 2009 au moment de la décision litigieuse et qu'il se fonde sur l'analyse effectuée le 2 décembre 2010 par le SMR. Au terme du second échange d'écritures, les parties ont confirmé leurs positions respectives. 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 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales prévues 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) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté selon écriture du 11 mars 2011 par H. _____ contre la décision de refus d'entrer en matière rendue le 4 février 2011 par l'intimé de sorte que le recours doit être considéré comme interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). 2. En l'espèce, le recourant a déposé une première demande de prestations le 2 août 2000 en raison de douleurs dorsales. Par décision sur opposition du 4 décembre 2007 entrée en force, l'intimé a nié le droit de l'assuré à des prestations AI. Dans la présente procédure, le recourant conteste le refus de l'intimé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande du 20 octobre 2010, déposée le 25 octobre 2010. 3. a) 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 l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). Cette exigence doit 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 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b; SVR 1996 IV n° 70, p. 204 consid. 3a et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. 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. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/2002 du 2 décembre 2003, consid. 2 et I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.1). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b, TFA I 490/2003 du 25 mars 2004, consid. 3.2). b) L'article 17 LPGA prévoit que, 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). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité 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 (cf. TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012; ATF 130 V 71 consid. 3). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et

donc le droit à la rente, peut motiver une révision; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché 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 une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régissant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 368 consid. 2 et la référence citée; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références). En l'occurrence, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant. Ainsi, après avoir examiné l'ensemble du dossier médical à sa disposition jusqu'à la date de la décision attaquée du 4 février 2011, il a considéré que l'état de santé de celui-ci ne justifiait pas une révision ouvrant le droit à des prestations. Pour sa part, le recourant soutient ne plus être en mesure d'exercer une activité professionnelle. Il est d'avis que l'instruction a été lacunaire, notamment sur le plan psychiatrique dès lors qu'aucun examen n'a été effectué depuis le dépôt de la deuxième demande, l'intimé s'étant fondé sur les conclusions de l'expertise de la Dresse Q._____ effectuée avant la première décision de refus de rente. Dans ces circonstances, il convient uniquement de déterminer si le recourant a rendu plausible, au regard des pièces produites devant l'intimé, une péjoration significative de son état de santé. 4. a) Sur le plan psychiatrique, les Drs C._____ et S._____ de l'Hôpital psychiatrique de [...] ont posé, en novembre 2006, les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique (F32.11). Relevant aucune amélioration significative de l'état du recourant, ces psychiatres traitant précisent qu'au vu de leurs observations, aucune activité professionnelle n'est raisonnablement exigible. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 24 septembre 2007, la Dresse Q._____ ne retient aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, seules une dysthymie (F34.1) et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) depuis 2000 étant diagnostiquées. A l'examen, ce psychiatre note un caractère démonstratif, théâtral et peu collaborant, le recourant allant même jusqu'à chercher à l'intimider. Les symptômes psychotiques relatés (des voix et des hallucinations) sont qualifiés de vagues. L'irritabilité, les ruminations et le manque d'intérêt semblent imputables à une dysthymie. L'absence d'objectivation des douleurs alléguées lors de l'examen postule à la faveur du diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Compte tenu de ces éléments médicaux, la capacité de travail résiduelle était, sur le plan psychiatrique, entière. Au terme d'un certificat médical du 9 novembre 2010 du Dr D._____, médecin traitant, les troubles psychiatriques présentés auraient pour incidence une incapacité de travail à 100 %. Le psychiatre, le Dr X._____, retient notamment le 23 novembre 2010 les diagnostics de trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1) et d'épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques (F32.1). Il mentionne une aggravation de l'état de santé psychique progressive à compter de mars 2006, engendrant une incapacité de travailler totale. Après analyse des pièces médicales produites par le recourant, le Dr P._____ du SMR constate, le 2 décembre 2010, que le

status psychiatrique est superposable à celui figurant dans le rapport d'expertise de la Dresse Q._____, les plaintes ainsi que le traitement évoqués étant également globalement les mêmes. A le suivre, le rapport du Dr X._____ ne rendrait plausible aucun fait nouveau ni aggravation objective de l'état de santé psychique du recourant à compter de la dernière décision de rejet entrée en force. A l'aune des éléments médicaux précités on observe tout d'abord que l'épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques (F32.1) attesté par le Dr X._____ se confond avec le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique (F32.11) posé en novembre 2005 par les Drs C._____ et S._____ dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations. Cette affection ne peut dès lors être considérée en tant que facteur attestant une aggravation nouvelle de l'état de santé postérieure à la décision sur opposition de rejet rendue le 4 décembre 2007. Le diagnostic de trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1) tel que posé par le psychiatre traitant (le Dr X._____) recouvre un trouble dans lequel des symptômes schizophréniques et des symptômes dépressifs sont conjointement au premier plan de la symptomatologie au cours d'un même épisode de la maladie. A lecture du dossier transmis on constate que cette affection ne se recoupe en aucun cas avec le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) posé à la fin 2005. S'agissant de l'atteinte à la santé de dysthymie F34.1 depuis environ mars 2006 retenue par la Dresse Q._____, cette affection décrit un abaissement chronique de l'humeur persistant depuis au moins plusieurs années mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère moyen ou léger. En l'espèce on se trouve en présence de deux avis divergents émanant de psychiatres. Si les plaintes rapportées par le Dr X._____ se recourent pour majeure partie avec celles énoncées par la Dresse Q._____, il n'en subsiste pas moins certaines divergences (notamment quant à l'insomnie, la perte d'espoir, les idées suicidaires). Quant bien même le status ainsi que le traitement médicamenteux paraissent similaires entre l'expertise de 2007 et l'examen clinique de 2010, il n'en demeure que les avis exprimés sont en opposition totale sur la question de l'aggravation progressive de l'état de santé depuis le début 2006 ainsi que ses impacts sur la capacité de travail résiduelle du recourant. Alors que la Dresse Q._____ n'évalue aucune incapacité de travail sur le plan psychique, son confrère considère pour sa part une incapacité de travail à 100 % pour des raisons psychiques. Il appert en définitive que le Dr X._____ a posé le diagnostic de trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1), diagnostic que la Dresse Q._____ n'avait pas encore retenu et sur lequel le Dr P._____ ne s'est pas prononcé explicitement bien que nouveau. Même si le courrier des Drs J._____ et K._____ de l'Hôpital psychiatrique de [...] du 26 janvier 2009, adressé au cabinet du Dr X._____, peut paraître tardif, vu qu'il n'a été présenté que dans le cadre du recours devant le Tribunal de céans, il est quand même remarqué qu'il corrobore le nouveau diagnostic du Dr X._____ sur lequel l'intimé ne s'est pas prononcé. Le Dr X._____ a repris notamment la description clinique des Drs J._____ et K._____. Par rapport à l'expertise Q._____ du 24 septembre 2007, des symptômes clairement plus graves de nature psychiatrique, nécessitant un traitement neuroleptique, sont décrits, cela comme résultat d'une longue observation de mars 2006 à décembre 2008. Ce constat médical décrit un tableau clinique aggravé en comparaison du premier rapport de l'Hôpital psychiatrique de [...] du 14 novembre 2006. L'OAI n'a invoqué aucun motif valable qui permettrait de réfuter le nouveau diagnostic du Dr X._____ au stade de la question de savoir, si l'assuré a rendu plausible une péjoration significative de son état de santé. L'intimé ne s'est tout

simplement pas prononcé au sujet du nouveau diagnostic du Dr X._____. b) Concernant le plan somatique, le Dr U._____, rhumatologue, pose le 28 mars 2000, le diagnostic de lombosciatalgie L5 droite à caractère mécanique sans déficit neurologique. Le 26 mars 2001, ce spécialiste est d'avis qu'une activité ne nécessitant pas d'effort physique et pas trop compliquée est pleinement exigible de la part du recourant. Dans son rapport d'expertise du 2 mai 2003, le Dr A._____ pose les diagnostics de lombalgies chroniques et de cervicalgies chroniques en soupçonnant un probable syndrome somatoforme persistant. Ce rhumatologue estime que dans son activité de couvreur, le recourant présente une incapacité de travail totale au moins depuis le 7 février 2000, étant donné la présence d'une double discopathie L4-L5 et L5-S1. Toutefois dans une activité adaptée (sans nécessité de se pencher en avant, sans position assise et debout prolongée et dépourvue du port de charges modérées [5-10kg]), il évalue la capacité de travail à 100 %. Cette appréciation médicale a été partagée par les Drs E._____ et I._____ du SMR ainsi que par l'intimé au terme de sa décision sur opposition de rejet du 4 décembre 2007. Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations du 20 octobre 2010, le recourant produit le certificat médical de son médecin traitant du 9 novembre 2010 au terme duquel, ce dernier relève qu'en regard de douleurs chroniques de la colonne s'exacerbant souvent sans effort préalable, un travail manuel même simple s'avère impossible vu l'incapacité du recourant à maintenir une posture de manière prolongée. En l'occurrence, le seul avis d'un médecin généraliste à l'instar de celui du Dr D._____ produit en cause par le recourant, n'est pas suffisant à rediscuter le bien fondé des constatations et conclusions rhumatologiques ressortant du rapport d'expertise du Dr A._____, suivi en ce sens par les médecins du SMR ainsi que par l'intimé tant à l'occasion de sa première décision de rejet – au demeurant non contestée – que lors de la décision attaquée. On souligne à ce propos que l'argument médical avancé par le médecin traitant se confond avec l'une des limitations fonctionnelles déjà prises en compte par le Dr A._____ dans son expertise, à savoir celle de la nécessité d'une alternance des positions – restriction somatique dont il a par ailleurs expressément été tenu compte à l'occasion de la décision rendue le 4 mai 2005 en lien avec la première demande de prestations. On relèvera par surabondance que lors de l'expertise du Dr A._____, le recourant se plaignait déjà de lombalgies basses sous la forme d'un "fond douloureux constant aggravé lorsque le patient se penche en avant,..." de sorte que les plaintes rapportées par le médecin traitant ne constituent pas des éléments médicaux nouveaux dont l'expert précité n'aurait pas tenu compte. 5. Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art.

43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108). Cela vaut aussi pour la révision du moment que l'assuré a établi de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/2006 du 29 mai 2007 consid. 4.2. in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Kieser, ATSG-Kommentar, 2 e éd. n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. arrêt du 28 juin 2011 dans la cause 9C_243/2010; ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° u 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose que lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). En l'espèce, comme indiqué ci-dessus, l'instruction menée par l'intimé sur le plan psychiatrique est lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique (art. 44 LPGA), laquelle devra notamment porter sur les affections dont est atteint le recourant leur évolution et leurs conséquences sur la capacité de travail de celui-ci. 6. Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision. a) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés

de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs. b) Obtenant gain de cause, le recourant a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr. à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). Cela étant, le bénéfice de l'assistance judiciaire conduit à allouer une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, également supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire reste tenue à remboursement dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de ce remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. Me Olivier Carré n'a pas produit, la liste détaillée de ses opérations, dans le délai qui lui a été imparti. En l'espèce, il convient de retenir la somme de 2'000 fr. (au tarif horaire de 180 francs plus TVA à 8%) correspondant à la rémunération de l'ensemble des opérations effectuées à ce jour dans la présente procédure. Comme annoncé par courrier du 7 juin 2012, l'indemnité est, dès lors, fixée sur la base du dossier. L'indemnité totale du défenseur d'office est ainsi fixée à 2'000 francs.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.