

VD_FINDINFO Jug / 2011 / 16 vom 11. Februar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-02-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2011___16

FR: VD_FINDINFO Jug / 2011 / 16 du 11 février 2011

IT: VD_FINDINFO Jug / 2011 / 16 del 11 febbraio 2011

Regeste

EXPERTISE | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 44 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 11.02.2011 Jug / 2011 / 16

EXPERTISE | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 44 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 70/10-85/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES
Arrêt du 11 février 2011

Présidence de M. Jomini Juges : MM. Métral,
juge, et Zbinden, assesseur Greffier : Mme Ouni ***** Cause pendante entre :

O. _____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Caroline Ledermann,
avocate à Procap, Service juridique, à Bienne, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA; 28 LAI E n f a i t : A.

O. _____, né en 1956, originaire d'ex-Yougoslavie (Kosovo), travaillant comme maçon pour des entreprises de construction en Suisse depuis 1981, a déposé le 12 novembre 2007 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : Office AI) a traité cette demande. B. O. _____ (ci-après : l'assuré) avait par ailleurs obtenu des prestations de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), à la suite d'un accident de la circulation survenu le 29 octobre 2006. La CNA avait mis fin à ses prestations à partir du 30 septembre 2007 et l'assuré avait contesté en vain cette décision (voir l'arrêt du [...] de la Cour de céans, [...], et l'arrêt du Tribunal fédéral [...] du [...] déclarant irrecevable un recours formé contre l'arrêt cantonal). Dans le cadre de cette procédure, la CNA avait demandé à la [...] (ci-après : [...]), à [...], d'évaluer l'état de santé de l'assuré. Une évaluation psychiatrique a été effectuée par la psychiatrie Dr M. _____. La conclusion de son rapport du 16 janvier 2007 est la suivante : "En conclusion, l'examen psychiatrique de ce jour met en évidence un état dépressif indéniable à tonalité d'hostilité méfiante, apparu dans les suites de l'accident d'octobre 2006 et s'inscrivant dans un contexte certainement plurifactoriel que sa réticence empêche de préciser plus avant dans le cadre de cette évaluation mais pour lequel il est suivi régulièrement depuis près d'un mois à Y. _____ à Yverdon." Le rapport final d'évaluation médicale de la [...], du 20 janvier 2007, retient donc, sur le plan psychiatrique, un diagnostic de trouble dépressif majeur (F32.2), avec les explications suivantes en conclusion : "Un tel comportement, en l'absence d'une atteinte organique propre à l'expliquer, suggère que des facteurs psycho-sociaux interviennent dans les limitations affichées. Au cours de l'évaluation psychiatrique, M. O. _____ frappe par son allure fantomatique, vêtu de noir de la tête au pied, gardant casquette, écharpe et manteau pendant toute la durée de l'entretien. Il regarde rarement son interlocuteur, se figeant dans

une posture qu'il ne modifie pas. Il s'exprime de façon très succincte dans un français limité; il s'avère peu expressif, laconique, frappe par la tonalité dépressive du contact et de la relation qu'il établit mais aussi par l'irritabilité qu'il peut manifester à certains moments. Finalement, l'examen psychiatrique met en évidence un état dépressif à tonalité d'hostilité méfiante, apparu dans les suites de l'accident d'octobre 2006 et s'inscrivant dans un contexte certainement plurifactoriel que sa réticence empêche de préciser. Depuis peu, cet état dépressif fait l'objet d'un suivi à Y. _____ à Yverdon. Dans ce contexte, le pronostic est sombre : M. O. _____ semble s'installer de façon obstinée dans un état de malade, impression que renforcent l'aspect dépressif et une certaine distance, voire d'opposition à toute forme de soins. On soulignera également la mauvaise appréciation que fait M. O. _____ de ses propres aptitudes, les incohérences de l'ECF et le fait que la douleur est cotée à un haut degré d'intensité. Du point de vue thérapeutique, l'introduction d'un traitement antidépresseur à visée antalgique et pour le traitement des céphalées tensionnelles paraît légitime. Le Remeron pourrait constituer une alternative aux tricycliques classiques compte tenu de la fatigue et de l'instabilité à la marche. La physiothérapie devrait être axée d'une part sur une mobilisation active et passive de la nuque, d'autre part sur des exercices proprioceptifs visant à diminuer la dépendance visuelle et à améliorer le contrôle postural. Ce traitement peut parfaitement être appliqué de façon ambulatoire sous l'égide du médecin traitant. En conclusion, le tableau douloureux que présente ce sujet 3 mois après un traumatisme cervical indirect paraît influencé par des facteurs psychiques, essentiellement un état dépressif. Le bilan actuel permet d'exclure une lésion structurelle grave ; en contrepartie, ce bilan ne débouche pas sur une solution thérapeutique simple. On peut en effet redouter que M. O. _____ ne s'engouffre dans un processus d'invalidation quelle que soit la qualité de la prise en soins." C. L'Office AI a demandé un rapport médical au médecin généraliste traitant, le Dr Z. _____, au [...]. Le 24 décembre 2007, ce médecin a noté la persistance d'un état dépressif majeur. L'Office AI a également demandé un rapport à la Dresse H. _____, psychiatre, engagée par l'association Y. _____ à Yverdon-les-Bains, médecin traitant de l'assuré depuis le mois de février 2007 (elle a mis en place une psychothérapie individuelle ainsi que la participation à une psychothérapie de groupe). Le 20 mai 2008, cette psychiatre a indiqué qu'elle retenait le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (classification CIM : F32.11). Elle a décrit ainsi l'état actuel de l'assuré : il souffre de douleurs somatiques multiples et intenses, de fatigue, avec un sentiment de désespoir et irritabilité, perte d'estime de soi, perte de confiance en lui-même, tristesse permanente, troubles du sommeil, troubles de la mémoire et de la concentration, découragement, perte d'appétit. L'assuré s'est soumis à un examen clinique psychiatrique le 29 août 2008 au Service médical régional (ci-après : SMR) de l'AI. Le rapport du 11 septembre 2008, établi par la psychiatre Dr E. _____ et signé par le médecin chef Dr D. _____, retient les diagnostics suivants (sans répercussion sur la capacité de travail) : trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21), majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Il est exposé ce qui suit en conclusion du rapport : "Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante. Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction

dépressive prolongée, qui selon la CIM-10 est un état dépressif léger survenu à la suite d'une exposition prolongée à une situation stressante et ne persistant pas au-delà de 2 ans. Nous n'avons pas retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen qui repose sur la présence d'au moins 2 des 3 symptômes typiques suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité, associés à au moins 3 et de préférence 4 autres symptômes dépressifs qui n'ont pas été objectivés, car les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis. Quoi qu'il en soit, l'épisode dépressif moyen est en rémission complète et le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée n'a pas valeur incapacitante. Nous avons retenu également le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, caractérisé par la présence des symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient, qui réagit par un sentiment de détresse à la douleur ou au handicap provoqué par son affection physique et redoute une persistance ou une aggravation de son handicap ou de sa douleur. Selon la CIM-10, dans certains cas, il existe une motivation claire comme la recherche d'une compensation financière à la suite d'accident ou de blessures et le syndrome ne disparaît pas toujours rapidement, même lorsque la revendication est entièrement satisfaite. En conclusion, sur le plan psychiatrique, l'assuré ne souffre d'aucune pathologie chronique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité." Le 10 novembre 2008, la Dresse H. _____ et la psychologue V. _____, de l'association Y. _____, ont établi un rapport médical, reprenant le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Ce rapport relève notamment que c'est depuis l'accident de 2006 que les douleurs sont devenues persistantes et insupportables, avec perte de tout espoir de reprendre le travail et dégradation progressive de l'état de santé psychologique. Le SMR a fourni le 19 février 2009 un avis médical, où il est exposé que le rapport précité du 10 novembre 2008 ne retient ni fait nouveau ni aggravation; les Dresse H. _____, d'Y. _____, et E. _____, du SMR, feraient donc une appréciation différente d'une appréciation similaire. Sur le plan somatique, un nouvel examen clinique rhumatologique a été préconisé. Cet examen a été effectué au SMR le 4 mai 2009 et le rapport d'examen retient une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée. D. Le 4 juin 2009, l'Office AI a communiqué à l'assuré un projet de décision (préavis) dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Le degré d'invalidité a été estimé à 12 %, compte tenu de la possibilité d'exercer une activité professionnelle adaptée aux atteintes à la santé (activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services, sans port de charges). Ce préavis expose ce qui suit, à propos de l'état de santé sur le plan psychique : "Le contenu du rapport du 10 novembre 2008 d'Y. _____ est similaire à celui établi en mai 2008. Il n'y a donc ni fait nouveau, ni aggravation par rapport à l'examen clinique psychiatrique au SMR le 29 août 2008. D'autre part l'appréciation psychiatrique du médecin traitant ne saurait prévaloir sur celle de l'expert qui s'appuie sur une étude fouillée du dossier et un examen détaillé." L'assuré a présenté des objections et produit un nouveau rapport médical, établi le 3 juillet 2009 par la psychologue V. _____, d'Y. _____ (rapport visé par la Dresse X. _____). Ce rapport retient une "péjoration importante des symptômes", justifiant désormais le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Il mentionne une dégradation de l'état de santé psychique de l'assuré "et son influence inquiétante sur les membres de la famille, plus particulièrement les enfants". Le SMR a été invité à effectuer un nouvel examen. Le rapport de l'examen clinique psychiatrique du 18 septembre 2009, établi le 22 septembre 2009 par la Dresse

E. _____, se conclut en ces termes : "Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de trouble obsessionnel compulsif, d'état de stress post traumatique, de modification durable de la personnalité, de perturbation de l'environnement psychosocial, qui est inchangé, ni des limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. Dans un contexte de conflit asséurologique, et des difficultés psychosociales, il est possible que l'assuré ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle d'intensité sévère qui actuellement, est en rémission. Bien que l'assuré déclare que son état est toujours le même, en tout cas depuis 2007, l'aggravation décrite par le psychiatre traitant en juillet 2009 et présente probablement depuis février-mars 2009, est actuellement en rémission. Sur la base de notre observation clinique, le status psychiatrique actuel est superposable à celui du 29.08.2008 et nous retenons les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, pathologie psychiatrique sans caractère incapacitant. Le manque de collaboration, l'irritabilité et une agressivité à fleur de peau, de cet assuré, qui a un sens tenace et combatif de ses propres droits légitimes, sont réactionnels au conflit asséurologique et ne représentent pas une aggravation sur le plan purement psychiatrique. Par ailleurs, notre assuré a assez de ressources d'adaptation aux changements pour reprendre une activité professionnelle adaptée à ses problèmes somatiques. Globalement, l'état de l'assuré est superposable à celui d'août 2008, et la capacité de travail exigible est de 100 %. Les limitations fonctionnelles psychiatriques : il n'y a pas de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante. Les problèmes de santé de l'épouse, les difficultés financières, le manque total de motivation de notre assuré ne font pas partie du domaine médical." Le 25 janvier 2010, l'Office AI a rendu une décision formelle de refus de rente d'invalidité. L'évaluation du degré d'invalidité correspond à celle du préavis du 4 juin 2009. A propos de l'état de santé psychique, la décision se réfère au dernier examen clinique au SMR (le 18 septembre 2009) et retient : "l'état de santé est globalement superposable à celui constaté en août 2008 et ne justifie pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique". Dans une lettre d'accompagnement envoyée avec la décision, l'Office AI ajoute ce qui suit, en se référant au dernier examen clinique du SMR : "S'il est possible que notre assuré ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle d'intensité sévère dans un contexte de conflit asséurologique et de difficultés psychosociales, celle-ci est actuellement en rémission. Les différents éléments signalés par la Dresse H. _____ dans son dernier rapport ne sont pas retrouvés par le médecin examinateur. L'état de santé est dès lors globalement superposable à celui constaté en août 2008." E. Le 23 février 2010, O. _____ a recouru au Tribunal cantonal contre la décision de l'Office AI du 25 janvier 2010. A titre principal, il conclut à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. A titre subsidiaire, il demande le renvoi du dossier à l'Office AI pour instruction complémentaire, expertise médicale et nouvelle décision au sens des considérants. Le recourant a produit ensuite un rapport médical du 26 mars 2010, signé par la Dresse H. _____ et la psychologue V. _____, qui expose notamment ce qui suit : "Actuellement, les symptômes d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère sont toujours présents et, depuis le 22 mars 2010, nous avons dû hospitaliser M. O. _____. Notre patient a une thymie dépressive, il se sent épuisé et sans énergie, il a une baisse d'estime de soi et une absence de confiance en lui-même, son attitude est morose par rapport à l'avenir et il se sent impuissant face aux problèmes mineurs qu'il rencontre au quotidien. Il ne présente aucun plaisir à faire des

choses simples de la vie. Il pense souvent à la mort et ne trouve aucun sens à sa vie. Il se sent coupable et responsable des problèmes de ses enfants et souffre de ne plus pouvoir entretenir sa famille. L'aggravation de la santé psychique de notre patient, dont nous en avons parlé dans le rapport du 3 juillet 2009, est toujours d'actualité, son incapacité de travail est à 100% et le pronostic reste réservé." Ce rapport médical note en outre un manque de collaboration de l'assuré, préjudiciable à l'évaluation des troubles de mémoire mais pas à celle du ralentissement psychomoteur. Dans sa réponse du 20 mai 2010, l'Office AI propose le rejet du recours. Il a produit un avis médical du SMR du 17 mai 2010, qui prend position sur le rapport précité du 26 mars 2010. Selon le SMR, il n'y a dans ce rapport rien qui permette de mettre en doute les conclusions de l'examen psychiatrique du 18 septembre 2009; l'hospitalisation de l'assuré dès le 22 mars 2010 est un fait nouveau, postérieur à la décision attaquée et qui pourrait justifier le dépôt d'une nouvelle demande de prestations au cas où l'atteinte se poursuivrait. Le recourant a déposé des déterminations le 16 juin 2010, en confirmant ses conclusions. E n d r o i t : 1. 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 (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). 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 recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière sur le fond. 2. Le recourant développe, en substance, deux critiques à l'encontre de la décision attaquée. Il reproche d'une part à l'Office AI une mauvaise appréciation de son état de santé sur le plan psychique; à ce propos, il requiert la mise en oeuvre d'une expertise indépendante. Il ne met en revanche pas en cause l'évaluation de son état de santé sur le plan somatique ou rhumatologique. D'autre part, il fait grief à l'Office AI d'avoir, dans la comparaison des revenus en vue de déterminer le taux d'invalidité, sous-estimé le revenu hypothétique sans invalidité, et mal calculé le revenu d'invalidité. 3. Les griefs concernant l'atteinte à la santé psychique doivent être examinés en premier lieu. L'évaluation de cette atteinte est déterminante pour apprécier le degré d'invalidité. Le recourant soutient pour l'essentiel qu'une aggravation de son état de santé est intervenue dans la période précédant la décision attaquée, et il conteste les conclusions de la Dresse E. _____, dans son second rapport de septembre 2009. En particulier, il lui reproche d'avoir fait abstraction de signes cliniques tangibles révélateurs d'un état dépressif grave. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI). Pour

pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 c. 4; 115 V 133 c. 2). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de son auteur soient dûment motivées (ATF 133 V 450 c. 11.1.3; 125 V 351 c. 3a; 122 V 157 c. 1c). Les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF 8C_86212008 du 19 août 2009 c. 4.2). b) L'Office AI ne conteste pas qu'il importe, en l'espèce, de déterminer le degré ou l'importance de l'état dépressif (ou de la symptomatologie dépressive) dont le recourant est affecté. L'Office AI s'est référé, finalement, à l'évaluation de la Dresse E._____, présentée après un second examen clinique du recourant en septembre 2009. Les avis du psychiatre du SMR peuvent avoir valeur d'expertise, quand bien même il ne s'agit pas d'un médecin indépendant de l'institution d'assurance (cf. ATF 135 V 465 c. 4.4). Cela étant, comme l'avis de cette spécialiste ne correspond pas, sur des points décisifs, à celui du psychiatre traitant - la Dresse H._____, responsable d'un traitement mis en place avec une psychologue au début de l'année 2007 -, il ne peut pas être suivi sans autre. Il en va en particulier ainsi à propos du caractère réactionnel de la symptomatologie dépressive, ou encore à propos de l'importance de la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il y a lieu en outre de relever que l'aggravation de l'état de santé psychique depuis 2008 a été encore confirmée par le psychiatre traitant après le dépôt du recours, au point qu'une hospitalisation a été organisée. Il est vrai que l'hospitalisation est juridiquement, une circonstance de fait nouvelle; néanmoins, il s'agit d'un élément qui permet de considérer que le constat d'une aggravation pouvait déjà, un peu auparavant, reposer sur des éléments objectifs. Dès lors, il paraît difficile d'affirmer sans autre que l'aggravation était en rémission à la date de la décision attaquée - un mois avant l'hospitalisation -, comme le retient le rapport du SMR en septembre 2009. Il faut encore relever que le médecin psychiatre qui avait fonctionné comme expert pour l'assurance-accidents avait d'emblée retenu un état dépressif d'une certaine gravité. L'appréciation de la psychiatre de la [...], en 2007, différait ainsi de celle de la psychiatre du SMR, en 2008 et en 2009. Ces différences ou divergences ne permettent pas d'accorder en l'état un caractère probant au dernier avis du SMR, sur lequel s'est fondé l'Office AI, car il subsiste des doutes. Quand bien même ces doutes ne sont pas graves, la jurisprudence impose en pareil cas la mise en oeuvre d'une expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPGA, à savoir une expertise réalisée par un médecin qui ne dépend pas de l'assurance ou de son service médical (cf. ATF 135 V 165). Il s'ensuit qu'en statuant sur la base du dossier, l'Office AI n'a pas constaté les faits pertinents d'une manière complète et qu'il a violé les règles du droit fédéral sur l'administration et l'appréciation des preuves. Les griefs du recourant à ce propos sont donc fondés. c) Il ne se justifie pas d'ordonner la mise en oeuvre de l'expertise indépendante dans le cadre de la présente procédure judiciaire. Il est plus

expédient de renvoyer l'affaire à l'Office AI, qui ordonnera cette expertise, complétera le cas échéant encore l'instruction puis rendra une nouvelle décision sur la demande de prestations AI. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'examiner les autres griefs du recourant. 4. Il s'ensuit que le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et l'affaire renvoyée à l'Office AI pour nouvelle décision au sens des considérants. Vu l'issue de la procédure, le présent arrêt est rendu sans frais. Le recourant, qui a procédé avec l'assistance d'une avocate dépendant d'une organisation d'assistance aux invalides, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 25 janvier 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et l'affaire est renvoyée à cet Office pour nouvelle décision au sens des considérants. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. Une indemnité de 1'000 fr. (mille francs), à payer au recourant O. _____ 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 : ■ à Me Caroline Ledermann, avocate à Procap, Service juridique, à Bienne (pour O. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, 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 :

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