

## VD\_GERICHTE ZD11.016897 vom 16. März 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-03-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD11.016897](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.016897)

FR: VD\_GERICHTE ZD11.016897 du 16 mars 2012

IT: VD\_GERICHTE ZD11.016897 del 16 marzo 2012

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 130/11 - 148/2012 CO UR DE S ASSURANCES S  
OCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 16 mars 2012

\_\_\_\_\_ Présidence de Mme THALMANN Juges : MM. Bidiville et  
Berthoud Greffier : M. Germond \*\*\*\*\* Cause pendante entre : H. \_\_\_\_\_, à Montreux,  
recourant, représenté par Me Jasmine Vagnières avocate de CAP Protection Juridique SA, à  
Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE  
VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 17 LPGA; 87 al. 3 et 4 RAI 402

- 2 - E n f a i t : A. H. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1971, ressortissant  
serbe en Suisse depuis 1999, exerçant la profession d'employé de maison  
(entretien-conciergerie) auprès de l'Institut de [...] à [...] jusqu'au 31 mars 2008, a déposé  
une demande de prestations AI le 28 février 2008. Dans son rapport médical du 18 mars  
2008, le Dr W. \_\_\_\_\_, médecin-chef du Centre Médical de [...], a posé les diagnostics  
avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques dans le contexte d'un  
déconditionnement musculaire et psychique et un état anxio-dépressif. Quant au pronostic,  
ce médecin a souligné que suite à un reconditionnement intensif une reprise progressive du  
travail avait été possible avec un nouvel arrêt de travail intervenant en 2007. Il a mentionné  
que dès le 7 décembre 2007, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail de 100% dans une  
activité adaptée (sans port de charges supérieures à 10 kg, évitant les postures statiques et  
permettant un changement de positions). Dans un rapport médical du 4 avril 2008, le Dr  
N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a mentionné que l'état de l'assuré a eu  
une évolution lentement favorable et qu'il a repris son activité professionnelle à 50%, puis  
75% et à 100% avec un travail adapté, sans port de charge lourde supérieure à 10 kg. Il a  
ajouté que l'état psychique de l'assuré s'est également amélioré. Il a indiqué que la capacité  
de travail était entière dès le 1er janvier 2008. Par communication du 15 mai 2008, l'Office  
de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a indiqué qu'il  
prenait en charge les frais de cours de français se déroulant du 19 mai au 25 juillet 2008,  
ceci à titre de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation.

- 3 - Dans un projet de décision du 22 octobre 2008, l'OAI a rejeté la demande de rente AI  
considérant qu'un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donnait pas droit à une rente  
d'invalidité. L'Office AI a retenu ce qui suit: "En raison de votre état de santé, vous avez  
présenté des incapacités de travail suivies depuis le mois d'octobre 2007. Après examen des  
différents documents portés à votre dossier, votre capacité de travail dans votre activité  
habituelle est nulle, par contre dans une activité adaptée respectant les limitations  
fonctionnelles (épargne rachidienne), votre capacité de travail est entière depuis le mois de  
décembre 2007. Par communication du 15 mai 2008, nous avons pris en charge des cours de  
français, cette mesure vous permet ainsi de mettre en valeur votre capacité de travail. [...]  
En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes

effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4'019.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006., TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'189.81 (CHF 4'019.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 50'277.69. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+ 1.60% et + 2.07%; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'139.53 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. [...] Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité est justifié. Le revenu d'invalidité s'élève ainsi à CHF 46'925.58. Pour évaluer votre perte de gain et donc votre degré d'invalidité, ce montant doit être comparé au revenu qui serait actuellement le vôtre si vous aviez poursuivi votre activité dans le nettoyage soit un revenu de CHF 45'662.00. Il ressort de cette comparaison des gains avant et après invalidité que vous êtes actuellement en mesure de retrouver une capacité de gain au moins égale à celle qui serait la vôtre sans invalidité. Au vu de ce qui précède, nous constatons que vous ne subissez pas de préjudice économique lié à votre atteinte à la santé."

- 4 - Par lettres des 12 novembre 2008 et 6 janvier 2009, l'assuré a informé faire opposition au projet de décision précité. Il contestait l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail, relevant qu'après consultation de ses médecins il ne lui était pas possible de travailler à plein temps. Dans un rapport médical du 28 mai 2009, le Dr W. \_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 17 décembre 2007. Cette appréciation médicale a été partagée par le Dr N. \_\_\_\_\_ (médecin traitant) qui, le 24 juin 2009, a considéré que son patient bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 1er janvier 2008. Dans son rapport médical du 8 juillet 2009, le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne (F33.1 selon la CIM-10) et une anxiété généralisée (F41.1 selon la CIM-10). Ce médecin a précisé que les troubles psychiques présentés par son patient n'engendraient pas une incapacité de travail. Par décision du 6 novembre 2009, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré et a intégralement confirmé son projet du 22 octobre 2008. Le 6 novembre 2009, l'OAI a communiqué à son assuré qu'il lui octroyait une mesure d'aide au placement sous la forme d'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi. Il a été mis un terme à cette mesure en date du 7 mai 2010 suite au constat d'un manque de collaboration de l'assuré. Selon une fiche CII-Mamac du 19 mars 2010, il avait été décidé de mettre en place une mesure aux [...] pour déterminer une orientation réaliste tenant compte des limitations fonctionnelles et pour faire un bilan des compétences mobilisables de l'assuré, mais ce dernier était centré et focalisé systématiquement sur ses douleurs ce qui l'a empêché de suivre le stage correctement. Il résulte également de cette fiche que l'assuré

- 5 - avait besoin d'être très souvent rassuré, qu'il ne pouvait travailler une demi-journée sans aller se coucher toutes les deux heures, qu'il avait aussi bénéficié d'un arrêt de travail à 50 % ce qui n'avait pas changé son rendement qui était de 20 % en moyenne, la qualité de

son travail étant bonne. L'auteur de la fiche a conclu que l'assuré n'était pas dans une démarche de réinsertion professionnelle. B. Il résulte d'un procès-verbal d'entretien téléphonique du 26 mars 2010 entre le SMR Suisse romande et le Dr N.\_\_\_\_\_, que ce médecin a fait état de grandes douleurs rencontrées par l'assuré justifiant une incapacité de travail à 50%. Le médecin traitant a également précisé être au courant d'une aggravation de la thymie suite à un appel téléphonique du Dr R.\_\_\_\_\_. Selon un procès-verbal d'entretien téléphonique du 12 avril 2010 entre le SMR Suisse romande et le Dr W.\_\_\_\_\_, ce dernier a indiqué qu'après avoir revu l'assuré pour un bilan radiographique, il avait été décelé une coxa plana, séquelle d'une probable ancienne ostéochondrite qui nécessitera à l'avenir la pose d'une prothèse totale de la hanche. Dans un courriel du 7 mai 2010, constatant l'existence d'un fait nouveau (aggravation de l'état de santé de l'assuré), l'OAI a décidé la reprise de l'instruction médicale. Suite à un examen radiologique de la colonne lombaire et du bassin avec CT-scan des hanches du 7 avril 2010, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie et neuroradiologie, a conclu à la présence de troubles statiques du rachis lombo-sacré avec une forte hyperlordose lombo-sacrée et une scoliose sinistro-convexe avec rotation anti-horaire en L1 et bascule du bassin d'environ 17.5 mm vers la droite avec dysplasie de la hanche droite, la tête fémorale étant fortement aplatie (coxa plana) avec une possible image géodique sous-chondrale sous le pourtour céphalique à l'endroit de charge, évoquant une ostéochondrite disséquante et un probable raccourcissement du membre inférieur droit, avec col

- 6 - fémoral très court. Dans son rapport médical du 31 mai 2010 auquel était annexé l'examen radiologique précité, le Dr W.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants: "Coxa plana D séquellaire ostéochondrite disséquante Lombalgies chroniques sur • Discopathies étagées L2-L3, L3-L4 • Arthrose facettaire L3-S1 • Latérolithésis L2-L3 G Cervicoscapulalgies chroniques • Discarthrose C6-C7 • Discopathie C4-C6 Etat dépressif" Ce praticien a estimé le pronostic réservé, dès lors que selon l'évaluation des capacités fonctionnelles, un travail n'était actuellement plus possible pour des raisons physiques dans aucune activité. L'incapacité de travail dans l'ancienne activité était totale dès le 23 janvier 2008. Dans un rapport médical du 7 juin 2010, le Dr N.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants: "- Lombocruralgies droites sur déconditionnement musculaire, discopathies pluriétagées L1-L4, protrusion discale L2-L3, L3- L4. - Cervico-scapulalgies bilatérales dans un contexte de dysbalance musculaire et protrusion discale C5-C6 et C6-C7. - Coxa-plana droite dans le contexte de séquelles d'une ostéochondrite disséquante. - Etat dépressif." Le Dr N.\_\_\_\_\_ a exposé que l'assuré avait présenté des douleurs cervico-lombaires depuis octobre 2006 qui n'ont pas répondu au traitement d'AINS et de physiothérapie, qu'il était actuellement suivi au centre médical de [...] et que le diagnostic d'une coxa-plana droite, séquelles d'une ostéochondrite disséquante était posé suite à un nouveau bilan radiologique en avril 2010. Il mentionnait que l'incapacité de travail dans la dernière activité était totale depuis le 1er avril 2010 et que dans une activité adaptée sans port de charges lourdes supérieures à 10 kg, elle était de 50 %.

- 7 - Dans un rapport médical du 10 juin 2010, le Dr R.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel d'intensité moyenne (F33.1), de trouble de la personnalité à traits dépendants (F60.9) et de probable trouble douloureux chronique associé à des facteurs psychologiques et à des affections médicales générales (F41.1). Il a notamment indiqué ce qui suit: "Status psychique: patient bien orienté dans les trois modes,

s'exprimant en serbe parlant peu le français, venant ponctuellement à ses rendez-vous. Le discours est cohérent, sans troubles du cours de la pensée. Les contenus sont marqués par la verbalisation des douleurs décrites plus haut, des ruminations liées à sa santé atteinte. Le patient est anxieux, tendu, doit se lever à plusieurs reprises lors de l'entretien. Il décrit des troubles du sommeil avec troubles de l'endormissement, une anhédonie, une augmentation de l'appétit avec prise de poids significative, des épisodes d'irritabilité où il craint d'exploser. Son humeur est déprimée, il a présenté des idées noires dans les suites de l'échec de son dernier stage, actuellement elles sont absentes. Il n'y a pas de symptômes de la lignée psychotique, pas de délires, ni d'hallucinations." Il a en outre relevé que la complexité de la situation de l'assuré était due à l'intrication de troubles somatiques avec des troubles psychiques s'influençant mutuellement dans le sens d'une péjoration de sorte que le pronostic était défavorable. Ce praticien a mentionné une incapacité de travail totale depuis le 1er avril 2010 et de 50% sous l'angle strictement psychiatrique dans l'hypothèse où l'assuré n'aurait pas de troubles somatiques associés. En revanche, en considérant la situation globale, somato-psychique, il lui était difficile d'imaginer que l'activité exercée était médicalement exigible. Sur demande du Dr Q. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), le Dr R. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit, le 18 octobre 2010, aux questions qui lui étaient posées: "- Précisions anamnestiques sur les épisodes dépressifs antérieurs permettant de retenir le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent: En avril 2006, le Dr W. \_\_\_\_\_ soutient la demande de consultation du patient susnommé pour évaluation et traitement d'un état dépressif suspecté. Au status d'alors, le patient présentait des

- 8 - ruminations liées à son incapacité de faire face aux exigences professionnelles et familiales, était anxieux, tendu, présentait des troubles du sommeil avec réveils nocturnes, une anhédonie, une augmentation de l'appétit avec prise de poids, une irritabilité, un sentiment [de] dévalorisation, une humeur déprimée. Le diagnostic retenu était alors celui d'un épisode dépressif majeur, d'intensité moyenne. Après une période d'amendement de la symptomatologie dépressive, dans les suites du licenciement en 2008, rechute dépressive avec une symptomatologie superposable. Le diagnostic retenu est celui d'un trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne. La dernière exacerbation est décrite dans le rapport AI du 10 juin 2010 que vous connaissez. - Quels sont les symptômes/critères de la CIM-10 permettant de caractériser l'épisode actuel de sévère? Dans le rapport AI du 10 juin 2010 auquel vous faites allusion, le diagnostic retenu est celui d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne. Les symptômes/critères permettant de retenir ce diagnostic sont décrits dans le status psychique du rapport en question. - La compliance au traitement médicamenteux a-t-elle été contrôlée par des dosages plasmatiques? Non. A mentionner qu'entre-temps le traitement de Cipralex a dû être arrêté en raison d'effets secondaires, remplacé par Eflexor, actuellement mal supporté. Le traitement de Trittico se poursuit, au même dosage." Dans un rapport d'examen du 10 janvier 2011 consécutif à un examen clinique psychiatrique pratiqué le 24 novembre 2010, la Dresse A. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie au SMR, s'est notamment prononcée en ces termes sur le cas de l'assuré: "DIAGNOSTICS - avec répercussion durable sur la capacité de travail: • Aucun. - sans répercussion sur la capacité de travail: •Episode dépressif léger à moyen avec syndrome somatique F32.01 •Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0 APPRÉCIATION DU CAS

- 9 - Dans le cadre de ses douleurs chroniques, l'assuré développe progressivement une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle, d'accompagnement, dans le cadre d'un épisode dépressif léger à moyen avec syndrome somatique et avec évolution chronique. Nous n'avons pas retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent qui est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère, en l'absence de tout antécédent d'épisode indépendant, d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie. Entre les épisodes, le sujet ne présente habituellement aucun symptôme dépressif. Or, selon notre assuré, la symptomatologie anxio-dépressive est stationnaire, sans aggravation significative qui puisse justifier une diminution de la capacité de travail. [...] Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic d'épisode dépressif léger à moyen avec syndrome somatique, évolution chronique depuis en tout cas le 11.04.2006, date du début de la prise en charge psychiatrique ambulatoire. Selon la doctrine médicale, cf notamment Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, 4ème édition, page 191, sur laquelle s'appuie le Tribunal Fédéral des Assurances, en présence des douleurs chroniques persistantes, les états dépressifs constituent des manifestations réactives d'accompagnement de ces troubles, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome du trouble somatoforme douloureux (arrêt TF du 21.04.2004, I 870 consid. 5.2 et N. précité consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 81, note 135). L'assuré présente une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, diagnostic caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. L'assuré ne présente pas de comorbidité psychiatrique manifeste, de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie et par conséquent, selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité ne sont pas réunis. A l'examen clinique de ce jour, nous n'avons pas assez d'informations cliniques et anamnestiques pour retenir un diagnostic de trouble de la personnalité. Le diagnostic de traits de personnalité dépendante retenu par le psychiatre-traitant n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Il faut rappeler qu'un trouble de la personnalité correspond à un dysfonctionnement durable des conduites et de l'expérience vécue, déviant de la norme et donnant lieu à une altération du fonctionnement personnel, social et à une souffrance significative. Dans la règle, un tel trouble se manifeste d'ores et déjà à l'adolescence et au début de l'âge adulte et il est stable dans le temps. Par ailleurs, un trouble de la personnalité grave, ayant valeur invalidante, suppose des antécédents psychiatriques significatifs remontant à la fin de la 2ème dizaine d'années de vie si l'on s'en tient aux critères retenus par les ouvrages diagnostiques de référence, ce qui n'est pas le cas de notre assuré.

- 10 - Les informations cliniques de ce jour et anamnestiques fournies par l'assuré ne nous ont pas permis de retenir un diagnostic d'anxiété généralisée qui est caractérisé par la présence d'une anxiété persistante, ne survenant pas exclusivement ni même de façon préférentielle dans une situation déterminée. L'assuré ne présente pas d'attente craintive avec anticipation négative des événements, sensation d'être à bout, difficultés de concentration, tension motrice avec agitation fébrile, céphalées de tension, incapacité à se détendre ni troubles neurovégétatifs avec sensation de tête vide, transpiration, tachycardie, respiration rapide, gêne épigastrique, étourdissement et sécheresse de la bouche. Il présente seulement de légers tremblements des membres supérieurs et sans incidence sur la capacité

de travail. En conclusion, sur le plan psychiatrique, l'état de l'assuré est stationnaire, sans aggravation significative et sa capacité de travail est de 100% dans toute activité adaptée à la pathologie somatique. Limitations fonctionnelles L'assuré ne présente pas de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Sur le plan purement psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Idem. CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE Dans l'activité habituelle d'employé de maison: 0% pour des raisons somatiques. Dans une activité adaptée: 100%" Dans un avis médical du 24 janvier 2011, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a porté l'appréciation suivante sur le cas de l'assuré: "L'examen psychiatrique au SMR ne retient aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail. Il existe un épisode dépressif léger à moyen avec syndrome somatique et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans incidence sur la capacité de travail. Les facteurs de gravité d'un trouble somatoforme douloureux (qui n'est finalement pas retenu) ne sont pas réunis. L'état de santé de l'assuré est stationnaire, sans aggravation significative.

- 11 - Au vu de ce qui précède, seules les limitations fonctionnelles somatiques doivent être prises en compte. Il n'y a pas lieu de modifier notre position." Dans un projet de décision du 31 janvier 2011, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande. Il a considéré notamment ce qui suit: "Par votre demande du 4 septembre 2008, vous avez sollicité des prestations de notre assurance. Une décision de refus de toute prestation AI a été notifiée en date du 6 novembre 2009. Toutefois, dans le cadre de la collaboration interinstitutionnelle (MAMAC), votre dossier a été réexaminé et un examen clinique psychiatrique a été effectué auprès du Service médical régional AI (SMR) le 24 novembre 2010. Il ressort de cet examen qu'aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail ne peut être retenu. Il existe un épisode dépressif léger à moyen avec syndrome somatique et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans incidence sur la capacité de travail. Il n'y a donc aucune aggravation significative de votre état de santé. Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité." Le 10 février 2011, l'assuré a fait part à l'OAI de son désaccord avec ce projet estimant ne pas pouvoir reprendre une activité lucrative. Dans une attestation médicale du 4 mars 2011, le Dr N.\_\_\_\_\_ a notamment mentionné qu'au vu de l'évolution défavorable et de la chronicité des problèmes de santé de l'assuré, le pronostic était réservé. Il a joint à cette attestation un rapport médical du 1er mars 2011 du Dr R.\_\_\_\_\_ dont il résulte notamment ce qui suit: "4. Diagnostic psychiatrique: - Trouble dépressif récurrent, d'intensité fluctuante entre légère à moyenne (CIM-10: F33.0). - Trouble de la personnalité à traits dépendants (CIM-10: F60.9). - Probable trouble douloureux chronique associé à des facteurs psychologiques et à des affections médicales générales (CIM-10: F41.1). 5. Discussion En tenant compte de ce qui précède, je ne peux que constater l'échec des tentatives de réinsertion socioprofessionnelle et la chronification des troubles chez M. H.\_\_\_\_\_. Concernant les facteurs psychologiques qui ont pu contribuer à l'échec des mesures de réadaptation professionnelle, je retiens un

- 12 - diagnostic de trouble de la personnalité à traits dépendants se manifestant par un besoin de soutien, une difficulté à faire des choses seul, un besoin d'être conseillé et rassuré, une difficulté à exprimer un désaccord, des difficultés d'autonomisation, symptômes présents de longue date. M. H.\_\_\_\_\_ est centré sur ses maladies somatiques: il y situe

l'origine de ses problèmes actuels, et notamment vit sa souffrance psychologique comme secondaire à ses maladies physiques. Comme discuté déjà dans le dernier rapport adressé à l'AI, la complexité de la situation de ce patient est due à l'intrication de troubles somatiques et de troubles psychiques qui s'influencent mutuellement dans le sens d'une péjoration probablement réciproque des troubles. Je pense dès lors qu'il est difficile de les dissocier dans l'évaluation de la globalité de la situation de M. H. \_\_\_\_\_ concernant sa capacité de gain. Peut-être qu'une expertise multidisciplinaire serait la plus à même d'évaluer cette question. Actuellement le traitement psychiatrique de M. H. \_\_\_\_\_ se poursuit à une fréquence d'un rendez-vous environ toutes les 6 semaines, et la prescription de Trittico, seul antidépresseur bien supporté par le patient jusqu'à maintenant, augmenté à 75 mg/soir dès le 18 février dernier. Le patient ne supportant pas l'Efexor celui-ci a été arrêté début février." Dans un avis médical du 16 mars 2011, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a notamment mentionné ce qui suit: "Le courrier du Dr N. \_\_\_\_\_ du 4.3.2011 rappelle les diagnostics somatiques déjà connus et pris en compte dans notre évaluation de la capacité de travail. Il mentionne également la prise en charge psychiatrique par le Dr R. \_\_\_\_\_, dont un rapport est annexé. Ce Confrère, qui n'a pas pris connaissance de l'examen psychiatrique au SMR, retient un trouble dépressif récurrent d'intensité légère à moyenne, un trouble de la personnalité à traits dépendants, et un probable trouble douloureux chronique associé à des facteurs psychologiques. Le Dr R. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas expressément sur la capacité de travail et suggère une expertise pluridisciplinaire. Ce document appelle les commentaires suivants: • La prise en charge psychiatrique par le Dr R. \_\_\_\_\_ était connue du psychiatre consultant du SMR; elle est relatée dans le rapport d'examen clinique du 24.11.2010. • Les diagnostics retenus par le Dr R. \_\_\_\_\_ dans son dernier rapport sont en tous points les mêmes que ceux qu'il mentionne dans son rapport du 10.6.2010, où il attestait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. • A part le caractère récurrent ou non du trouble dépressif, son intensité est qualifiée de légère à moyenne aussi bien par le Dr R. \_\_\_\_\_ que par le psychiatre du SMR. • Le trouble de la personnalité a été récusé par le psychiatre du SMR. Des traits de personnalité dépendants ne constituent pas une atteinte incapacitante. • Le trouble douloureux chronique n'est pas considéré comme invalidant au sens de l'AI, dès lors qu'il ne s'accompagne pas d'une

- 13 - comorbidité psychiatrique significative et/ou d'une perte d'intégration dans tous les domaines de la vie (ce qui n'est pas le cas de l'assuré). • Au plan somatique, notre position se fonde sur les avis concordants exprimés en 2008 du médecin traitant et du Dr W. \_\_\_\_\_. L'aspect psychiatrique a été traité par l'examen au SMR. Une expertise pluridisciplinaire n'est dès lors pas indiquée." Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a dès lors estimé que les documents produits ne modifiaient pas ses conclusions. Par décision rendue le 21 mars 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assuré pour les motifs évoqués dans son projet du 31 janvier 2011. C. Par acte de son conseil du 5 mai 2011, H. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de refus précitée. Il conclut sous suite de frais et dépens, principalement, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente entière lui est allouée rétroactivement à la date du dépôt de sa demande. Subsidiairement, il conclut à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente entière lui est allouée rétroactivement depuis le 7 mai 2010 et, plus subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud pour instruction puis nouvelle décision dans le sens des considérants. Dans sa réponse du 22 juin 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours en se fondant sur les constatations de l'examen clinique psychiatrique pratiqué le 24 novembre 2010 au SMR. Dans sa réplique du 13 juillet

2011, le recourant a maintenu ses conclusions et requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer les répercussions de ses diverses atteintes à la santé (somatiques et psychiatriques) sur sa capacité de travail et de gain. Par duplique du 18 août 2011, l'OAI a confirmé ses conclusions.

- 14 - E n d r o i t : 1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance- invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi n'y déroge expressément. b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA); en outre, il est recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA). c) A teneur de ses art. 1 et 2 al. 1 let. c, la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique au présent recours porté devant la cour de céans, cette dernière étant compétente pour en connaître (art. 57 LPGA; art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente. 2. a) 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 et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) La décision du 6 novembre 2009 rejetant la demande du recourant est entrée en force. Il s'agit dès lors d'examiner si l'état de

- 15 - santé du recourant s'est modifié depuis lors de manière à influencer sur le droit du recourant à des prestations de l'AI. Le recourant reproche à l'OAI d'avoir retenu sur la base de l'examen clinique psychiatrique du 24 novembre 2010 qu'il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il allègue souffrir de troubles psychiques et physiques l'empêchant de pouvoir travailler, et que ce serait en violation des principes développés par la jurisprudence fédérale que l'OAI a considéré que l'exercice d'une activité adaptée était raisonnablement exigible de sa part dès le 7 mai 2010. Il soutient en outre que l'OAI a apprécié de manière totalement partielle les pièces et rapports médicaux, les avis d'aggravation de son état de santé des Drs R.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_, et W.\_\_\_\_\_ ayant été écartés sans motivation. Pour sa part l'intimé estime qu'il n'y a pas eu d'aggravation significative de la situation médicale du recourant depuis la première décision de refus du 6 novembre 2009. Rappelant la jurisprudence développée en relation avec les dispositions des art. 87 al. 3 et 4 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) et 17 LPGA, il soutient qu'à défaut de modification de l'invalidité ou de l'impotence à compter de la dernière décision entrée en force, le rejet de la demande est justifié. Il allègue que le dossier a par ailleurs été instruit correctement puisqu'un examen clinique psychiatrique au SMR a été mis en œuvre le 24 novembre 2010 au vu des renseignements communiqués par le psychiatre traitant les 8 juillet 2009 et 10 juin 2010 et que le rapport établi suite à l'examen précité remplit en outre toutes les exigences en la matière pour se voir attribuer une pleine valeur probante. Ainsi, selon l'intimé, sur le plan psychique il n'existerait pas d'aggravation significative de la situation ni de limitations fonctionnelles

affectant la capacité de travail du recourant. Quant au plan physique, un nouvel examen ne s'avérerait pas nécessaire à défaut de disposer d'indices concrets dans le sens d'une aggravation de l'état de santé. 3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de

- 16 - longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. L'art. 6 al. 1 LPGA définit la notion d'incapacité de travail 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, l'art. 6 al. 2 LPGA précisant qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. 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

- 17 - 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. 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). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). 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 régnant 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). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 9C\_519/2008 du 10 mars

- 18 - 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; Pratique VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b/cc; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 8C\_861/2009 du 20 avril 2010, consid. 3.1 et 9C\_813/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci 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 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par

- 19 - un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). 4. a) Sur le plan somatique, dans leurs rapports médicaux des 18 mars, 4 avril 2008, 29 mai et 24 juin 2009, les Drs W. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ s'accordent sur l'existence d'une capacité de travail entière du recourant depuis le mois de janvier 2008 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mises en évidence. Or tel n'est plus le cas dans les développements ultérieurs du présent dossier. Dans son rapport du 31 mai 2010, le Dr W. \_\_\_\_\_ estime en effet que le recourant se trouve en incapacité de travail totale. Il se réfère aux constatations ressortant d'un examen radiologique du 7 avril 2010 de la colonne lombaire et du bassin avec un CT-scan des hanches du recourant à l'occasion duquel une coxa plana de la tête fémorale a été mise en évidence. Le Dr W. \_\_\_\_\_ ne précise cependant pas à partir de quelle date le recourant se retrouve en incapacité de travail. Le Dr N. \_\_\_\_\_ mentionne, le 7 juin 2010, une incapacité de travail

totale de durée indéterminée ayant débuté le 1er avril 2010. Il relève toutefois que la reprise d'une activité professionnelle est envisageable à un taux de 50% sans plus amples précisions quant à la date de cette reprise. A cette occasion, le médecin traitant a également fait état d'une liste de limitations fonctionnelles applicables à compter du 1er avril 2010. Enfin le 4 mars 2011, il a confirmé une évolution défavorable de l'état de santé du recourant. Les avis médicaux précités s'inscrivent en contradiction avec ceux émis les 24 janvier et 16 mars 2011 par le Dr Q.\_\_\_\_\_ qui considère que l'état de santé du recourant est stationnaire, sans aggravation significative. Au vu des constatations des Drs W.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, force est de noter que l'avis émis par le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne prend pas en compte ces données médicales nouvelles mais se fonde exclusivement sur les rapports médicaux antérieurs. Dans son avis du 16

- 20 - mars 2011, il se réfère expressément aux avis médicaux exprimés en 2008. Dans ces circonstances, il n'est pas possible de déterminer si entre la dernière décision entrée en force et la décision attaquée, un changement important des circonstances (in casu l'aggravation de l'état de santé du recourant) propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit. b) Sous l'angle psychiatrique, le Dr R.\_\_\_\_\_ estimait, dans son rapport médical du 8 juillet 2009, que les troubles psychiques présentés par le recourant n'engendraient pas d'incapacité de travail. En revanche, dans ses rapports médicaux des 10 juin 2010, 18 octobre 2010 et 1er mars 2011, ce praticien fait état d'une péjoration de l'état de santé du recourant due à une intrication de troubles somatiques et psychiques. Il mentionne de ce fait une incapacité de travail totale dès le 1er avril 2010 en précisant que sous l'aspect purement psychiatrique, l'incapacité est de 50%. Il pose ainsi en tant qu'ayant des répercussions sur la capacité de travail les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel d'intensité moyenne (F33.1), de troubles de la personnalité à traits dépendants (F60.9) et de probable trouble douloureux chronique associé à des facteurs psychologiques et des affections médicales générales (F41.1). Les conclusions du Dr R.\_\_\_\_\_ apparaissent toutefois peu documentées et ne sauraient être suivies. Dans un rapport d'examen clinique psychiatrique du 10 janvier 2011, la Dresse A.\_\_\_\_\_ conclut à une capacité de travail exigible à 100% dans une activité adaptée. Elle ne retient aucun diagnostic ayant une répercussion durable sur la capacité de travail, seuls les diagnostics d'épisode dépressif léger à moyen avec syndrome somatique (F32.01) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) sans répercussion sur la capacité de travail sont posés.

- 21 - Le Dr R.\_\_\_\_\_ mentionne dans son rapport du 18 juin 2010 que le recourant s'exprime en serbe et peu en français, alors que la Dresse A.\_\_\_\_\_ indique que le recourant s'exprime avec un accent et que son discours est cohérent. Il semble ainsi que l'examen effectué par la Dresse A.\_\_\_\_\_ s'est déroulé en français sans que l'on sache si les connaissances du recourant dans cette langue suffisent pour un tel examen. En outre, la Dresse A.\_\_\_\_\_ expose que le recourant présente une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, diagnostic caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Toutefois, s'agissant des affections somatiques du recourant, la Dresse A.\_\_\_\_\_ se réfère uniquement à l'avis médical du 14 août 2009 du Dr Q.\_\_\_\_\_ selon lequel le recourant ne peut plus travailler dans sa profession de casseroles mais a une capacité de travail complète dans toute activité. Ainsi, elle ne semble pas avoir eu connaissance des derniers rapports des Drs N.\_\_\_\_\_

et W. \_\_\_\_\_ lesquels font état d'une nouvelle affection du recourant. Ses conclusions ne reposent dès lors pas sur une connaissance complète du dossier du recourant et ne peuvent être suivies non plus. Il n'est en conséquence pas possible de déterminer si l'état de santé du recourant s'est modifié sur le plan psychiatrique depuis la décision du 6 novembre 2009 de manière à influencer sur son droit à une rente. c) 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, sa

- 22 - 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. Elle 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). 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 TF U 571/2006 du 29 mai 2007, consid. 4.2, in SVR 2007 UV n°33 p. 111; Kieser, ATSG- Kommentar, 2e 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 ATF 122V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560; TF 9C\_243/2010 du 28 juin 2011).

- 23 - 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 no 22. 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 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, c'est à tort que l'OAI a retenu que le recourant présentait une capacité totale de travail dans une activité adaptée. En effet, en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant aux conséquences des atteintes somatiques et psychiques sur la capacité de travail du recourant dans toute activité. L'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. Il y a dès lors lieu d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il ordonne une expertise pluridisciplinaire portant sur les affections somatiques et psychiques du recourant.

5. a) En conclusion, bien fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- 24 - b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe de 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. Toutefois, en application de l'art. 52 al. 1 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices en charge de l'exécution de tâches publiques, ainsi que cela est le cas des OAI cantonaux (art. 54 ss LAI). Il n'y a dès lors pas lieu de percevoir des frais de justice en la cause. Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours déposé par H. \_\_\_\_\_ est admis. II. La décision rendue le 21 mars 2011 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant

- 25 - renvoyée à cet office pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. III. Il n'est pas perçu de frais de justice. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera le montant de 2'000 fr. (deux mille francs), arrêté à titre de dépens, à H. \_\_\_\_\_. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jasmine Vagnières de CAP Protection Juridique SA (pour H. \_\_\_\_\_), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales,

- 26 - 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.