

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 avril 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Bonard et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

O. _____, à Ballens, recourant, représenté par Me Nicole Wiebach,
avocate à Vevey,

et

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

Art. 8 al. 1 et 43 al. 1 LPGA; 4 al. 1 et 57 al. 1 let. f LAI

E n f a i t :

A. **a)** O. _____ (ci-après: l'assuré), né le 6 mai 1956, marié, sans enfants, a travaillé jusqu'au 31 janvier 2006 comme magasinier de nuit. En arrêt de travail à 100% depuis le 1^{er} février 2006, il a vu son contrat de travail résilié par son employeur pour le 30 novembre 2006. Le 18 décembre 2006, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), en indiquant comme atteinte à la santé « dos bloqué + genou gauche ».

b) Dans un rapport médical du 16 février 2007, le Dr J. _____, spécialiste FMH en médecine générale à B. _____, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombalgies chroniques très intenses, de gonalgie gauche et de troubles ventilatoires obstructifs; l'activité de magasinier n'était plus exigible; une activité permettant d'éviter les efforts physiques (la position assise étant possible environ 3-4 heures par jour et la position debout 8 heures par jour) était envisageable, mais pas avant 3 mois, et pour autant que les problèmes de genou et respiratoires soient résolus. Ce praticien a précisé que son pronostic global était réservé.

A ce rapport médical étaient joints des rapports médicaux adressés au Dr J. _____ le 15 février 2007 par le Dr G. _____, spécialiste FMH en médecine interne et en pneumologie, le 4 décembre 2006 par le Dr V. _____, les 24 juillet et 13 novembre 2006 par le Dr W. _____, chef de clinique au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur de l'Hôpital F. _____, le 3 mai 2006 par le Dr K. _____, le 3 mai 2006 par le Dr Z. _____ et le 7 mars 2006 par le Dr Q. _____.

Dans son rapport du 13 novembre 2006, le Dr W. _____ s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé "Evolution":

"Monsieur O. _____ présente donc des lombalgies chroniques dans le contexte de troubles dégénératifs lombaires bas. Il a participé à

un programme de reconditionnement intensif avec des approches corporelles physiothérapeutiques, mais aussi associées à un enseignement ergonomique et des approches psychologiques.

Nous avons été frappés par le peu d'évolution de la symptomatologie douloureuse, certainement liée à la problématique du genou qui a beaucoup handicapé le patient durant le séjour. Une instabilité résiduelle est présente au niveau de ce genou et après discussion avec lui, ce dernier prendra contact avec le Dr C. _____ qui en novembre 2001 avait pratiqué une intervention. En effet, de notre point de vue, cette problématique du genou décompense la région lombaire basse.

Notons aussi que sur le plan psychologique, nous sommes frappés par une perte d'élan, une tristesse, une diminution du plaisir, de l'irritabilité, pouvant tout à fait correspondre à un état anxio-dépressif secondaire, ce que le patient a beaucoup de peine à reconnaître. Une proposition de prise en charge lui a été offerte, mais celui-ci voit peu l'utilité de cette approche".

Dans son rapport du 15 février 2007, le Dr G. _____ a posé les diagnostics de trouble ventilatoire obstructif sur tabagisme chronique, de probable syndrome des apnées du sommeil et d'obésité. En conclusion, il a indiqué ce qui suit:

"M. O. _____ présente un trouble ventilatoire obstructif non quantifiable à ce jour puisque l'épreuve fonctionnelle respiratoire est réalisée un peu plus de 2 h 00 après la prise de Serevent et de Spiriva, mais de toute évidence, l'indication à la poursuite du traitement inhalé est confirmée par cet examen. Il n'y a pas d'indication pour l'instant à rajouter un corticostéroïde inhalé. Il serait utile lors d'un contrôle ultérieur de refaire un test de bronchodilatation sans que le patient ait pris de traitement bronchodilatateur le jour de l'examen car une réversibilité significative associée à une rhinite chronique perannuelle depuis 1 an pourrait faire évoquer une composante liée à un asthme non atopique, éventuellement favorisé par une maladie de reflux vraisemblable.

L'anamnèse du sommeil ainsi que le score obtenu sur l'échelle de somnolence d'Epworth (18/24) rendent hautement vraisemblable un syndrome des apnées du sommeil, qui en favorisant le reflux gastro-oesophagien pourrait à son tour aggraver le trouble ventilatoire obstructif chronique. Une polygraphie nocturne à domicile est prévue le 23.2.07. Je ne manquerai pas de vous tenir au courant des résultats de cette investigation. J'ai enfin bien sûr insisté sur l'importance d'un sevrage tabagique définitif et lui propose en attendant de poursuivre la prise de Nicotine en patchs et en cartouches à inhaler".

B. a) Le 2 juin 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision d'acceptation de rente lui reconnaissant le droit à une rente

entière d'invalidité du 1^{er} février 2007 au 31 août 2007, cette rente étant supprimée dès le 1^{er} septembre 2007.

b) Dans un certificat médical du 4 juillet 2008 adressé à l'OAI, le Dr J. _____ a indiqué ce qui suit:

"Depuis le 24.5.06, M. O. _____ est en incapacité totale de travail (reprise théorique le 16 mai 07 ne correspond pas aux données cliniques).

Entre temps, le patient a souffert d'une exacerbation d'une BPCO [réd.: bronchopneumopathie chronique obstructive] ayant nécessité des hospital[isations] à S. _____ et R. _____. Le problème du dos n'a pas évolué, une opération complexe à l'Hôpital F. _____ est en évaluation".

A ce certificat médical était joint un rapport médical du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital F. _____ du 30 juin 2008, qui faisait état des diagnostics suivants:

"Diagnostics:

- Lombalgies chroniques sur discopathie étagée L3-L4, L4-L5 et L5-S1
- Probables épisodes de sciatalgie type S1 ou peut-être L5 gauche, bien contrôlés sous Lyrica

Comorbidités:

- Bronchite chronique sur tabagisme ancien récemment sevré
- Hypertension artérielle non traitée
- Hypercholestérolémie traitée
- Reflux gastro-oesophagien
- Sténose coronarienne non significative
- Séquelles de dystrophie vertébrale de croissance lombaire"

Il était en outre rappelé ce qui suit:

"Ce patient, connu pour des lombalgies chroniques depuis de nombreuses années, avait déjà fait un séjour dans le service de réadaptation de l'Hôpital X. _____ du 23.10.2006 au 10.11.2006 avec une prise en charge multidisciplinaire. Ce séjour n'avait pas permis d'évolution favorable. Il existait un probable état anxio-dépressif que le patient avait refusé de prendre en charge. Il était associé à un déconditionnement musculaire et cardio respiratoire. Enfin, il existait des troubles dégénératifs au niveau du genou gauche.

(...)

Chez un patient qui présente des discopathies lombaires étagées L3-L4, L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une surcharge fonctionnelle dans un contexte psychosocial difficile (patient ancien chauffeur-livreur, actuellement au chômage) nous retrouvons essentiellement des douleurs lombaires sans irradiation actuelle au niveau des membres inférieurs, de type mécanique. Nous souhaitons revoir le patient après réalisation d'une IRM lombaire à la recherche d'une confirmation des discopathies avant de proposer une éventuelle stabilisation et peut-être après avoir complété l'IRM par une discographie de provocation.

Nous ne modifions pas actuellement le traitement antalgique".

c) Dans un avis médical SMR du 20 août 2008, le Dr M. _____ du SMR a exposé ce qui suit:

"Le certificat du Dr J. _____ mentionne une hospitalisation à S. _____ et à R. _____ pour une BPCO. Il s'agirait d'obtenir une lettre de sortie de ces établissements.

La symptomatologie lombaire n'a pas évolué. L'assuré a consulté l'Hôpital F. _____ le 19.6.2008 pour un deuxième avis chirurgical concernant une éventuelle intervention de stabilisation vertébrale. Dans un avis du 30.6.2008, le Dr D. _____ demande qu'une IRM soit réalisée avant de se prononcer.

Nous ignorons si cet examen a eu lieu. Il convient de s'en informer auprès de l'assuré ou de son médecin traitant.

Ceci dit, nous ne contestons pas l'incapacité de travail dans l'activité exercée (magasinier). L'exigibilité dans une activité adaptée a été estimée par le Dr J. _____, que nous avons suivi (8 heures/jour debout, 3-4 heures assis au plus, manutention légère, épargne du dos).

La situation étant inchangée, nos indications restent valables."

d) Le Dr J. _____ a adressé à l'OAI divers rapports médicaux le 1^{er} septembre 2008, et divers autres rapports médicaux le 7 janvier 2009.

Dans un nouvel avis médical SMR du 30 janvier 2009, le Dr M. _____ du SMR a exposé ce qui suit:

"Les hospitalisations à S. _____ et à R. _____ ont été rendues nécessaires par une BPCO de stade I d'évolution favorable. L'atteinte pulmonaire, liée au tabagisme, est connue depuis longtemps et n'entraîne pas de limitations fonctionnelles

supplémentaires dans l'exercice d'une activité sédentaire à semi-sédentaire légère.

Le CT-scan lombaire de juin 2008 a montré une protrusion discale L5-S1 sans hernie ni conflit radiculaire. De l'avis du Dr D._____, spécialiste du dos, il n'y a pas d'indication à un traitement chirurgical.

En conclusion, aucun des éléments ci-dessus ne justifie de modifier notre position."

e) Le 23 février 2009, l'assuré a écrit à l'OAI que, sa situation s'étant aggravée et n'étant pas stabilisée, il souhaitait une expertise par un médecin spécialisé désigné par l'AI, ce que l'OAI lui a refusé par lettre du 25 février 2009.

Le 20 mars 2009, le Dr J._____ a écrit à l'OAI que l'assuré continuait de souffrir d'une manière importante, sans qu'il y ait un espoir d'améliorer la situation, et qu'il serait très utile qu'un médecin de l'AI puisse le voir. Il lui a été répondu que l'assuré aurait la possibilité de faire recours contre la décision de l'OAI dès que la caisse de compensation l'aurait établie.

f) Dans un rapport médical du 15 août 2009 adressé à l'OAI, la Dresse T._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assuré depuis le mois de décembre 2007; elle a posé les diagnostics d'alcoolisme chronique avec actuellement une diminution importante de la consommation (F10.26) et de trouble de la personnalité (F60.7) et a apprécié la situation de la manière suivante:

"Je ne pense pas que d'un point de vue psychiatrique l'assuré soit capable de travailler de façon soutenue à brève échéance. Le problème des douleurs dorsales doit être investigué et à ce sujet veuillez consulter les rapports des autres médecins.

Je pense qu'il doit bénéficier d'une rente entière."

Le 2 septembre 2009, le Dr M._____ a établi un nouvel avis médical SMR dont la teneur est la suivante:

"Le rapport de la Dresse T._____ fait état d'un alcoolisme chronique avec actuellement une diminution importante de la

consommation, sans autre pathologie psychiatrique. L'alcoolisme primaire a débuté à l'âge de 13 ans, et n'a pas empêché l'assuré d'occuper divers emplois jusqu'à son licenciement en novembre 2006. Le status psychiatrique, tel qu'il est décrit, ne montre aucune atteinte de ce registre. Les seules limitations fonctionnelles décrites par notre Consoeur sont somatiques. Nous ne pouvons dès lors pas admettre une incapacité de travail pour raisons psychiatriques.

Au vu de ce qui précède, nous maintenons qu'il existe une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis septembre 2007."

Une nouvelle demande de l'assuré de pouvoir rencontrer un médecin de l'AI a été rejetée par l'OAI par courrier du 23 octobre 2009.

g) Par décision du 8 mars 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2007 au 31 août 2007, cette rente étant supprimée dès le 1^{er} septembre 2007. La motivation de cette décision est en substance la suivante:

Exerçant une activité de magasinier, l'assuré est en incapacité de travail continue depuis le 1^{er} février 2006. Il ressort de l'instruction effectuée que si son activité habituelle n'est plus adaptée à son état de santé, en revanche, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telle qu'une activité industrielle légère, sa capacité de travail est entière dès le 16 mai 2007. L'assuré n'ayant pas repris d'activité professionnelle, le revenu hypothétique d'invalidité peut être déterminé en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique. 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 2004, 4'588 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1; niveau de qualification 4). Après adaptation de ce montant à l'horaire usuel de travail dans les entreprises en 2004 (41,6 heures, alors que les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures) et à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2007 (+ 1%; + 1.20%; + 1.40 %; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient en 2007 (année d'ouverture du

droit à la rente) un revenu annuel de 59'344 fr. 14, sur lequel un abattement de 10% est justifié compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré, si bien que le revenu annuel d'invalide s'élève en définitive à 53'409 fr. 73. Dès lors que sans atteinte à la santé, dans son activité de magasinier, l'assuré aurait réalisé en 2007 un salaire annuel brut de 49'244 fr., il n'y a pas de préjudice économique et la rente entière d'invalidité à laquelle l'assuré a droit depuis le 1^{er} février 2007 doit être supprimée dès le 1^{er} septembre 2007, soit trois mois après que l'assuré a recouvré une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

C. **a)** L'assuré a recouru contre cette décision par acte du 9 avril 2010, posté le même jour, en concluant implicitement à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 août 2007. A l'appui de son recours, il fait valoir que la décision attaquée repose sur des éléments datant de 2006 et ne tient donc absolument pas compte de la péjoration de sa santé somatique. Il demande dès lors au Tribunal de bien vouloir exiger une évaluation actualisée de sa situation, notamment par la production de nouveaux certificats et rapports médicaux, et produit des certificats médicaux non motivés de son médecin traitant, le Dr J._____, des 8 février 2008 et 21 avril 2008, attestant d'une incapacité de travail de 100% depuis le 24 mai 2006.

Dans une correspondance adressée à l'OAI le 17 mai 2010, le Dr P._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'il suivait l'assuré sur le plan psychiatrique depuis le 14 avril 2010 dans le cadre de son séjour à la Fondation E._____ depuis le 3 décembre 2009. Il a posé les diagnostics d'épisode dépressif de degré moyen à sévère (F32.1), d'alcoolisme chronique, actuellement abstiné, mais dans un milieu protégé (F10.21), d'obésité (E66) et de lombalgies invalidantes sur discopathie étagée L3-L4, L4-L5 et L5-S1 (M54). Il a en outre écrit qu'après examen du dossier médical constitué par l'OAI, il avait constaté que les souffrances psychiques et physiques, ainsi que leurs retentissements sur la capacité de travail, n'avaient pas été approfondis, si bien qu'il convenait de planifier de toute urgence un rendez-vous avec un médecin-conseil de l'OAI.

b) Le 1^{er} juin 2010, le recourant a produit une décision du Bureau de l'assistance judiciaire lui octroyant l'assistance judiciaire, comprenant l'assistance d'office d'un avocat en la personne de l'avocate Nicole Wiebach, avec effet au 5 mai 2010.

c) Dans sa réponse du 2 juillet 2010, l'OAI indique qu'en l'état du dossier, il n'a rien à ajouter à la décision attaquée, ainsi qu'à ses courriers des 5 février, 4 septembre et 23 octobre 2009, qu'il ne peut que confirmer. Il propose dès lors le rejet du recours.

d) Dans sa réplique du 19 octobre 2010, le recourant, sous la plume de son conseil, se réfère de manière détaillée aux avis médicaux figurant dans le dossier de l'OAI ainsi qu'à différentes pièces qu'il produit à l'appui de sa réplique (attestation délivrée par la Fondation E. _____ le 26 avril 2010; lettre du Dr N. _____ au Dr J. _____ du 16 juillet 2010; rapport adressé par le Département de médecine interne de l'Hôpital H. _____ au Dr J. _____ le 19 juillet 2010; rapport adressé par le Dr A. _____ au Dr J. _____ le 1^{er} septembre 2010). Il fait valoir que malgré ses affections aussi diverses que multiples et ses demandes réitérées d'être vu par un médecin expert de l'AI, il n'a depuis le dépôt de sa demande de prestations AI le 18 décembre 2006 jamais été vu par les médecins du SMR, ces derniers se contentant d'interpréter les rapports médicaux des autres médecins et ne tenant aucun compte, à l'instar de la décision entreprise, des atteintes à la santé autres que celles invoquées dans la demande. Il n'est ainsi tenu compte ni des difficultés respiratoires du recourant, ni de son état dépressif, la décision entreprise ne semblant tenir compte que d'un problème de genou et de dos lorsqu'elle estime que la capacité de travail du recourant est entière dès le 16 mai 2007 dans une activité industrielle légère à plein temps. Soutenant qu'il est aujourd'hui indispensable qu'il soit soumis à une expertise pluridisciplinaire, afin d'évaluer si, compte tenu de l'ensemble des affections dont il souffre tant sur le plan physique que psychique, il ne se justifie pas de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 août 2007, le recourant conclut ainsi, avec suite de frais et

dépens, à la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de déterminer son taux d'invalidité depuis le 1^{er} février 2007 à ce jour, et, sur le fond, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2007.

d) Dans sa duplique du 22 novembre 2010, l'OAI confirme ses conclusions tendant au rejet du recours, estimant que les arguments développés dans la réplique du recourant ne sont pas de nature à remettre en question le bien-fondé de la décision attaquée; en particulier, mis à part un événement survenu postérieurement à cette décision, les nouvelles pièces médicales produites par le recourant ne font état d'aucun élément qui n'aurait pas été pris en compte dans l'appréciation de sa capacité de travail.

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'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]), à moins que la présente loi n'en dispose autrement. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), 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 compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) devant le tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La

cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire 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. (cf. Exposé des motifs du projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47).

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 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse sur le fond la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

b) En application de l'art. 57 al. 1 let. f LAI, il appartient aux offices AI d'évaluer l'invalidité des assurés. Pour ce faire, ils doivent procéder à une instruction exhaustive, notamment sur le plan médical. A teneur de l'art. 43 al. 1, première phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA),

l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 c. 4a; RAMA 1985 n° K 646 p. 235 c. 4).

c) L'administration, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de trancher la question litigieuse. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et les références; RAMA 2000 n° KV 124 p. 214).

4. En l'espèce, l'OAI a reconnu sur la base du rapport médical du Dr J._____ du 16 février 2007 (cf. lettre A.b supra) une incapacité totale de travail ouvrant le droit à une rente dès le 1^{er} février 2007, tout en considérant, sur la base d'un pronostic réservé du Dr J._____, qu'une reprise du travail dans une activité adaptée était possible dès le 16 mai 2007. Or, cette capacité de travail théorique a été démentie par le Dr J._____ dans son certificat médical du 4 juillet 2008 (cf. lettre B.b supra). Hormis le Dr J._____ dans son rapport précité, aucun praticien ne s'est clairement prononcé sur la capacité de travail résiduelle du recourant. Ce n'est pourtant pas faute de rapports médicaux versés au dossier.

Le recourant a en effet produit plusieurs rapports médicaux faisant état d'atteintes à la santé tant sur le plan somatique que sur le plan psychique.

a) En ce qui concerne le volet somatique, le dossier constitué met en évidence non seulement des atteintes à la santé de nature orthopédique, mais également des affections du système respiratoire et pulmonaire, et ce dès 2007 déjà. Pour autant, le projet de décision du 2 juin 2008 n'évoque aucune atteinte à la santé de ce type, se bornant à constater, sur la base du rapport du Dr J. _____ du 16 février 2007, que le recourant présente une capacité de travail complète dès le 16 mai 2007 dans une activité industrielle légère, sans aucunement faire état de limitations autres qu'orthopédiques. S'avisant de l'impossibilité d'une reprise du travail, le médecin traitant a fait savoir à l'OAI le 4 juillet 2008 que la reprise théorique du travail envisagée pour le 16 mai 2007 ne correspondait désormais plus aux données cliniques. Il a mentionné une bronchopneumopathie chronique obstructive ayant conduit à une hospitalisation. Cette affection avait pourtant déjà été évoquée par le Dr G. _____ dans son rapport du 15 février 2007. L'OAI n'a toutefois entrepris aucune mesure d'instruction à cet égard. Par ailleurs, dès 2006, le Dr W. _____ avait signalé un probable syndrome anxio-dépressif secondaire; il avait en effet noté une perte d'élan, une tristesse, une diminution du plaisir et de l'irritabilité. Lorsqu'une proposition de prise en charge fut offerte à l'intéressé, celui-ci n'en voyait alors pas l'utilité. Il n'en demeure pas moins que dès le mois de décembre 2007, le recourant fait l'objet d'un suivi psychiatrique, d'abord auprès de la Dresse T. _____ puis, dès le mois d'avril 2010, auprès du Dr P. _____. Ici encore, l'OAI n'a entrepris aucune démarche visant à investiguer plus avant cet aspect.

b) Le SMR s'est certes prononcé sur les rapports médicaux qui ont été produits par le recourant. Suivant en cela l'avis du SMR, l'OAI n'a cependant jamais modifié la position prise dans son projet de décision du 2 juin 2008. En dépit des nombreux rapports médicaux produits dans l'intervalle, la motivation est demeurée rigoureusement identique dans la décision du 8 juin 2010 dont est recours. Mais il y a plus. A trois reprises, le recourant, notamment par l'intermédiaire de son médecin traitant, a sollicité un examen par un médecin de l'OAI aux fins d'avoir une vue d'ensemble de son état de santé. Il lui a systématiquement été opposé une fin de non-recevoir, au motif que les informations transmises

n'apportaient pas d'élément nouveau, l'OAI allant jusqu'à invoquer la possibilité de recourir contre la décision finale en cas d'éventuel désaccord. Contrairement à ce qu'a indiqué l'OAI dans sa correspondance du 23 octobre 2009, il ne s'agissait pas de savoir si les renseignements médicaux au dossier étaient suffisants; l'OAI devait bien plutôt se demander si les éléments médicaux en sa possession ne devaient pas conduire à la mise en œuvre d'un examen médical global, procédant d'une analyse tenant compte de l'ensemble des aspects médicaux du cas. Ainsi, en dépit des rapports médicaux produits et des requêtes formulées dans ce sens par le recourant, force est de constater que celui-ci n'a jamais été vu par un médecin de l'OAI au cours des quelque trois ans qu'a duré la procédure administrative.

c) Force est ainsi de constater que l'OAI, qui dans la décision entreprise ne discute nullement l'ensemble des pathologies présentées par le recourant, a fait fi des nombreux rapports médicaux produits par le recourant et mettant en évidence des atteintes à la santé dûment attestées. En ne convoquant pas le recourant pour un examen médical, l'OAI a manqué au devoir d'instruction qui lui incombe. L'OAI - par l'intermédiaire de son SMR - s'est contenté de se déterminer brièvement sur les rapports médicaux produits, tout en persistant dans sa position initiale, alors que les éléments au dossier commandaient que le recourant fût soumis à une expertise médicale interdisciplinaire. Il est ainsi patent que l'état de santé du recourant au moment de la décision litigieuse n'était pas suffisamment investigué, pas plus qu'il ne saurait être considéré comme stabilisé. Les rapports médicaux, certes postérieurs à la décision attaquée, en témoignent.

d) En s'abstenant d'instruire plus avant sur les aspects somatique et psychique, l'OAI n'a pas constaté de manière complète les faits pertinents et n'a pas réuni les éléments permettant de déterminer le degré d'invalidité. Le recours doit donc être admis et la décision querellée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité intimée pour nouvelle décision, après instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire portant sur l'état de santé du recourant dans son

ensemble. Il appartiendra ensuite à l'OAI, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

5. 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le recourant obtient gain de cause et n'aura donc pas à supporter de frais judiciaires. Ceux-ci ne peuvent pas non plus être mis à la charge de l'OAI; en effet, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat, ni donc de l'OAI en tant qu'organisme chargé de tâches d'intérêt public (art. 54 ss LAI).

b) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter à 2'500 fr. le montant des dépens et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Dès lors qu'il n'est pas douteux que ces dépens seront payés, il n'y a pas lieu de fixer d'indemnité de conseil d'office à la charge du canton (art. 122 al. 2 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 8 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause

renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction dans le sens des considérants du présent arrêt et nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. Une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à verser au recourant 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 :

- Me Nicole Wiebach, avocate (pour O. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :