

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 janvier 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Monod et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffier : M. Kramer

Cause pendante entre :

G. _____, à Nyon, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 57 al. 1 let. f LAI et 44 LPGA

E n f a i t :

A. a) G._____ (ci-après: l'assuré), né le 5 septembre 1969, originaire de Macédoine, marié et père de cinq enfants, a travaillé en qualité d'aide-jardinier. En arrêt de travail depuis le mois de février 1996 en raison de lombalgies, il a été licencié avec effet au 28 février 1998. L'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) le 27 février 1998 tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession.

Procédant à l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a collecté plusieurs rapports médicaux, qui font notamment état de lombosciatalgies, de cervicobrachialgies et d'un état dépressif.

A la suite d'un stage effectué par l'assuré du 13 mars au 12 juin 2000 au Centre Oriph de Morges, L._____, directeur dudit Centre, a établi un rapport le 13 juin 2000, dans lequel il évalue le rendement de l'assuré à 20%.

b) Le 10 janvier 2002, l'OAI a mandaté la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) pour une expertise pluridisciplinaire. Dans son rapport du 25 septembre 2002, le Dr B._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, retient les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant sans comorbidité psychiatrique, de lombosciatalgies bilatérales à nette prédominance gauche avec status post cure de hernie discale L5-S1 droite le 30 avril 1998 avec vraisemblable récurrence sans atteinte radiculaire, troubles statiques et dégénératifs lombaires, de cervicobrachialgies gauches avec troubles statiques et dégénératifs C5-C6 et syndrome canalaire irritatif mineur du nerf cubital gauche au coude, de troubles statique dorsaux et séquelles de maladie de Scheuermann. L'expert expose en outre ce qui suit:

"Au terme de notre examen, nous devons relever la discordance entre l'importance des plaintes et le peu de signes cliniques probants pour une incapacité dans une activité légère adaptée. En effet, l'examen psychiatrique se révèle normal. L'examen neurologique se révèle également normal. Sur le plan orthopédique, nous relevons une certaine discordance entre la mobilité spontanée rachidienne que nous qualifierons de bonne et des limitations importantes lors de l'examen programmé. Il y a bien sur le CT-scan de 1998 une image radiologique de vraisemblable récurrence de hernie L5-S1 droite, mais l'examen de ce jour ne montre ni syndrome vertébro-lombaire aigu ni atteinte radiculaire. Cette discordance est, sans conteste, le signe d'une évolution vers une invalidation non basée sur des faits somatiques évidents, mais sur l'existence d'un syndrome somatoforme douloureux persistant compliqué de facteurs non médicaux qui ont fait l'objet d'une mention spéciale dans le rapport de l'expert psychiatre. [...]"

Dans son rapport, l'expert conclut à une incapacité totale de travailler de l'assuré dans son ancienne activité. Il expose que l'incapacité de travail a été complète dans toute profession dès le 30 avril 1998, mais que l'assuré est capable de travailler à un taux de 50% à 70% au moins dans un travail léger depuis le 26 mai 1999.

c) Du 31 mars au 19 octobre 2003, l'assuré a effectué un stage au Centre d'intégration professionnelle (ci-après: CIP) de Genève. Du rapport établi le 4 novembre 2003 à la suite de ce stage, il ressort que la capacité de travail de l'assuré est entière (rendement normal sur un plein temps) dans une activité légère, permettant la mobilité corporelle et ne comportant que le port de charges très légères.

Dans un avis médical du 30 mars 2006, la Dresse N._____, médecin au Service médical régional AI (ci-après: SMR), a estimé, sur la base de l'expertise de la CRR du 25 septembre 2002 et du stage effectué au CIP de Genève en 2003, que l'assuré présentait une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée.

d) Le 11 janvier 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision d'octroi d'une rente entière du 1^{er} février 1998 au 30 novembre 1999, la rente étant supprimée dès cette date dès lors que l'assuré est en mesure, à partir du mois de septembre 1999, de mettre en valeur une capacité de gain n'entraînant pas de préjudice économique dans une

activité industrielle légère ne nécessitant pas de qualifications particulières.

A la demande de l'assuré, la Dresse Y._____, médecin généraliste, a adressé le 25 juin 2007 à l'OAI un rapport médical dans lequel elle indiquait que l'état de santé de l'assuré s'aggravait de jour en jour tant sur le plan physique que psychique et ne lui permettait pas d'entreprendre un travail quel qu'il fût; elle demandait à l'OAI de consulter le Dr V._____, psychiatre traitant de l'assuré.

e) Par décision du 30 novembre 2007, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 1^{er} février 1998 au 30 novembre 1999.

f) Dans un rapport du 29 décembre 2007 adressé à l'OAI et demandé par cet office en juillet 2007, le Dr V._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assuré l'avait consulté dès février 2006 pour une rechute dépressive et anxieuse et avait été admis à Hôpital psychiatrique Z._____ en avril-mai 2006 en raison d'une aggravation de son état dépressif. Il a posé les diagnostics, ayant des répercussions sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, de trouble anxieux et dépressif mixte, de hernie discale et de cervico-dorso-lombalgies chroniques, et a attesté une incapacité de travail de 50% de novembre 2005 à avril 2006, puis de 100% à partir d'avril 2006.

B. a) Le 8 janvier 2008, l'assuré, représenté par son épouse, a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes, sollicitant l'octroi d'une rente.

Le 1^{er} avril 2008, la Dresse Y._____ a adressé à l'OAI un rapport médical dont il ressort en substance que l'assuré présente d'importants troubles au niveau du rachis cervico-dorso-lombaire et souffre d'un état anxio-dépressif.

b) Le 1^{er} décembre 2008, le Dr T. _____ a établi un avis médical SMR dans lequel il indique notamment ce qui suit:

"Une nouvelle demande a été déposée le 08.01.2008.

Il s'agit d'un jeune père de 5 enfants, qui a subi une investigation exhaustive (avec séjour à la CRR), et finalement décision de pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans préjudice notable.

L'assuré est suivi par la Dresse Y. _____, qui atteste le 25.06.2007 que l'état psychique et physique de l'assuré « s'aggrave de jour en jour ». Elle mentionne les diagnostics déjà connus depuis l'expertise de la CRR de 2002. Le seul élément nouveau est un rapport IRM du 14.04.2004. A la lecture de ce rapport, on retrouve les mêmes constatations faites lors d'un CT de 1998 et dont les experts avaient connaissance. Il n'y a donc pas de modification de l'état physique.

Le Dr V. _____, psychiatre, qui suit l'assuré depuis février 2006, mentionne une hospitalisation à Hôpital psychiatrique Z. _____ en avril-mai 2006 (diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et trouble somatoforme sans précision), parle le 29.12.2007 d'une aggravation de l'état de l'assuré depuis quelques mois et pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Ce médecin atteste une incapacité de travail de 50% de novembre 2005 à avril 2006, puis de 100% à partir d'avril 2006.

Compte tenu de cette évolution, une aggravation de l'état de santé psychique est démontrée, et une nouvelle investigation est justifiée. Il faut prévoir un examen psychiatrique au SMR."

c) L'assuré a été convoqué pour un examen clinique psychiatrique réalisé le 6 janvier 2009 au SMR par le Dr R. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 9 janvier 2009, ce spécialiste expose ce qui suit:

"L'examen clinique SMR met en évidence un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. En effet, à l'examen on retrouve certes une thymie légèrement abaissée, avec ruminations concernant l'avenir sans idées noires mais sans anhédonie, sans repli sur lui-même, sans perte d'estime, avec sommeil entrecoupé mais réendormissement rapide, appétit conservé, sans trouble de concentration ou d'attention, sans adynamie. Ce tableau est particulier de par sa fluctuation avec à raison de 70% du temps des moments où l'assuré se dit moins bien, reste allongé, n'arrive plus à sortir de chez lui, de s'occuper de ses enfants et à raison de 30% du temps, il retrouve son énergie, sort, rencontre ses amis au café. L'intensité et la fluctuation du tableau évoque le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines

pendant lesquels ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés. Tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui semble être le cas lorsqu'il n'est pas à son domicile (en Macédoine, par exemple). Il est à noter que ce diagnostic est évoqué dans le rapport médical du psychiatre traitant du 29.12.2007, page 2: « Il y a déjà un risque d'évolution vers une dépression résistante ou une évolution à type dysthymique tardive ».

Nous nous éloignons du diagnostic retenu par le psychiatre traitant de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, car

- d'une part, les critères-symptômes d'un épisode sévère ne sont pas retrouvés lors de l'examen clinique SMR,
- et que d'autre part, nous n'avons pas de notion d'un épisode dépressif résolutif dans les antécédents.
- Certes, le psychiatre traitant a fait parvenir la lettre de sortie de l'Hôpital psychiatrique Z._____, qui retient aussi un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, mais en expliquant que l'épisode dépressif est essentiellement réactionnel à des difficultés familiales, sans fournir d'élément anamnestique concernant un hypothétique état dépressif antérieure. [...]

Notre examen clinique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Nous pouvons donc considérer que l'examen clinique SMR ne met pas en évidence de maladie psychiatrique, ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée."

Se fondant sur cet examen clinique, le Dr T._____ a estimé, dans un avis médical SMR du 21 janvier 2009, qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée demeurerait exigible.

d) Le 3 février 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision rejetant la nouvelle demande de prestations. Dans ce projet, l'OAI expose que l'examen psychiatrique auprès du SMR du 6 janvier 2009 n'a pas permis de confirmer l'existence d'un trouble dépressif d'importance telle qu'il justifierait une incapacité de travail durable, le psychiatre retenant une dysthymie comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. De plus, les multiples diagnostics retenus par le médecin traitant de l'assuré étaient connus et ont été pris en compte lors

de l'appréciation qui a conduit à la décision du 30 novembre 2007. L'OAI considère ainsi qu'une capacité de travail et de gain dans une activité adaptée reste exigible, de sorte que la nouvelle demande de prestations doit être rejetée.

e) L'assuré n'a pas réagi à l'envoi de ce projet de décision, que l'OAI a confirmé par décision du 16 mars 2009.

C. a) Par acte du 30 avril 2009, l'assuré, représenté par l'avocat Olivier Carré, a recouru contre cette décision. Il fait valoir que la procédure peut être considérée soit comme une demande de reconsidération de la précédente décision, manifestement erronée, soit comme une demande de réouverture du dossier sur la base d'éléments nouveaux, soit enfin comme une demande à part entière. Dans tous les cas, la décision attaquée est mal fondée.

Selon le recourant, il ne serait que partiellement vrai de dire que la situation de santé aurait déjà été prise en considération dans le cadre de la décision du 30 novembre 2007. En effet, la dimension psychiatrique est fondamentalement nouvelle par son ampleur, car le recourant est hospitalisé pour une longue durée en raison d'une dépression sévère et tous les médecins et intervenants s'accordent pour dire qu'une reprise de l'activité antérieure de jardinier est impossible au plan somatique. Il estime ainsi que le dossier a été insuffisamment instruit sur le plan médical, les documents les plus récents remontant à 2002, notamment sur le plan psychiatrique. Selon le recourant, on est en présence d'une décision manifestement erronée qui, quoique formellement en force depuis 2007, aurait dû être réexaminée. En outre, il y a des indices sérieux d'une mauvaise évolution de la situation postérieurement à la décision du 30 novembre 2007, de sorte qu'il y avait une nécessité claire de reprendre l'examen du dossier dans son ensemble. D'ailleurs, l'avis du SMR du 1^{er} décembre 2008 mentionne que l'on est en présence d'une aggravation de l'état psychique démontrée, qui justifie une nouvelle investigation sur le plan psychiatrique. Or, s'il y a certes eu un examen clinique psychiatrique par le SMR le 6 janvier 2009, les

conclusions du SMR sont en contradiction avec l'épisode aigu actuellement en cours (au point de nécessiter une hospitalisation de longue durée) et avec l'avis SMR du 1^{er} décembre 2008, qui relevait une aggravation. Le recourant conclut, avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de la constatation de son droit à des prestations de l'AI, et subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision, le cas échéant après complément d'instruction.

b) Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant l'assistance d'office d'un avocat en la personne de l'avocat Olivier Carré, avec effet au 30 avril 2009.

Le 12 mai 2009, le recourant a produit un certificat médical du Hôpital psychiatrique N.____, du 7 mai 2009, attestant une hospitalisation en clinique psychiatrique du 8 mars au 24 avril 2009 et une incapacité de travail à 100% durant cette période ainsi que jusqu'au 1^{er} mai 2009 inclus.

c) Dans sa réponse du 14 septembre 2009, l'OAI conteste les griefs du recourant. Il rappelle qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il est en effet nécessaire que ces médecins traitants fassent état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise psychiatrique et qui soient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Or, en l'espèce, il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions du médecin examinateur du SMR, dont le rapport d'examen remplit tous les critères jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue; par ailleurs, les diagnostics retenus par la Dresse Y._____, médecin traitant, étaient connus de l'expert et ont été pris en compte dans son appréciation de la capacité de travail du recourant. L'OAI propose dès lors le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

d) Dans le délai de réplique, le recourant a produit plusieurs pièces médicales référencées et numérotées, dont certaines avaient déjà été jointes à des courriers postérieurs au recours, mais sans référencement. Outre un rapport du Hôpital psychiatrique N.____ (Drs C.____ et J.____) du 7 mai 2009, un rapport de la Dresse Y.____, du 1^{er} juin 2009 et la copie du rapport adressé le 1^{er} avril 2008 à l'OAI par la Dresse Y.____, déjà produits, le recourant a produit une lettre du 8 octobre 2009 du Dr V.____. Ce spécialiste indique que le recourant est suivi à son cabinet médical depuis février 2006, qu'il présente un trouble dépressif récurrent depuis plusieurs années avec un épisode actuel sévère et que son état s'est péjoré pendant l'année 2009 et a nécessité un séjour hospitalier à l'Hôpital psychiatrique Z.____ du 8 mars au 24 avril 2009; depuis le mois d'avril 2006, le recourant présente une incapacité de travail de 100%.

Le recourant a également produit un rapport du 1^{er} septembre 2009 du Hôpital psychiatrique N.____ relatif à son hospitalisation entre le 8 mars et le 24 avril 2009, dans lequel le Dr C.____, chef de clinique, et la Dresse J.____, médecin assistante, posent le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F 32.2 selon CIM-10) et estiment que les critères pour l'obtention d'une rente AI sont remplis chez un patient présentant un trouble dépressif récurrent avec de fréquents épisodes dépressifs sévères.

Enfin, le recourant a produit un rapport médical adressé le 17 septembre 2009 par le Prof. X.____ et par le Dr M.____, médecin associé, au Juge d'instruction de l'arrondissement de la Côte.

Selon le recourant, tous ces documents établissent clairement que l'on est globalement dans un contexte d'aggravation massive de sa dépression, spécialement depuis l'année en cours, même s'il y a, comme toujours, des fluctuations. Il se demande si, à ce stade, le plus simple ne serait pas de réinterpeller l'OAI, pour voir s'il maintient son recours (recte: sa proposition de rejet du recours).

e) Dans sa duplique du 20 novembre 2009, l'OAI a déclaré se rallier à l'avis SMR du Dr T._____ du 11 novembre 2009, dont il ressort ce qui suit:

"Les pièces postérieures au projet de décision indiquent que l'état psychique s'est dégradé, il y a eu une hospitalisation à Hôpital psychiatrique Z._____ du 08.03 au 24.04.2009 pour trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (pièce 6). Dans la lettre datée du 08.10.2009 (pièce 5) le Dr V._____ écrit que l'assuré présente un trouble dépressif récurrent avec un état dépressif actuel sévère. Il mentionne une incapacité de travail totale depuis avril 2006, voire depuis 1997 selon les documents. La lettre du 17.09.2009 signée par les Drs X._____ et M._____ mentionne que l'assuré présente des signes de dépression chronique, sans préciser le degré de sévérité.

Le psychiatre qui avait examiné cet assuré au SMR le 09.01.2009 n'avait pas confirmé la sévérité du trouble dépressif retenu par le psychiatre traitant et avait posé le diagnostic de dysthymie, sans répercussion sur la capacité de travail.

Les nouvelles pièces démontrent une modification de l'état psychique dans le sens d'une aggravation, avec répercussion sur la capacité de travail, survenue en mars 2009. Du fait de l'hospitalisation à partir du 08.03.2009, force est de constater qu'au moment de la décision le 16.03.2009 l'état psychique de l'assuré s'est aggravé.

Les rapports reçus ne remettent pas en question les appréciations faites jusqu'au 21.01.2009, date de mon dernier avis SMR, qui était lui-même basé sur l'examen psychiatrique au SMR du 09.01.2009.

L'affection ayant conduit à l'hospitalisation du 08.03.2009 pourrait constituer une nouvelle maladie. Si l'incapacité de travail perdure au-delà d'une année, il y aurait lieu de réévaluer la situation. Dans l'intervalle, il serait utile de se procurer le rapport de l'expertise pénale."

Se référant à la conclusion du Dr T._____, selon laquelle l'affection ayant conduit à l'hospitalisation du 8 mars 2009 pourrait constituer une nouvelle maladie dont il conviendrait d'examiner le caractère invalidant au terme du délai de carence prévu à l'art. 28 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20), l'OAI a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

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 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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 – compte tenu des fêtes judiciaires de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) – auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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 manifestement supérieure à 30'000 fr.

2. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente (soit au quart d'une rente entière), un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le degré d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

b) 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 261 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 9C_519/2008 du 10 mars 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 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 2c; 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) Il incombe à l'assureur – en l'espèce l'OAI – de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, l'OAI doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son

service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

d) L'assureur social – 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 porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF

I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

e) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b; 116 V 246 consid. 1a et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1; 117 V 287 consid. 4 et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; TF 9C_449/2007 du 28 juillet 2008 consid. 2.2).

3. a) En l'espèce, l'OAI a retenu qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée restait exigible sur le plan psychiatrique sur la base de l'examen clinique psychiatrique réalisé le 6 janvier 2009 au SMR par le Dr R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a donné lieu à un rapport du 9 janvier 2009 (cf. let. B.c supra). Selon le Dr R._____, l'examen clinique SMR met en évidence un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. Le Dr R._____ indique s'éloigner du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, posé par le Dr V._____, psychiatre traitant, au motif d'une part que les critères-symptômes d'un épisode sévère ne sont pas retrouvés lors de l'examen clinique SMR, d'autre part qu'il n'y a pas de notion d'un épisode dépressif résolutif dans les antécédents.

L'avis du Dr R._____ est toutefois concrètement remis en cause par les constatations du Dr V._____, qui, alors que le Dr R._____ a examiné l'assuré à une seule occasion le 6 janvier 2009, suit le

recourant depuis le mois de février 2006. Ainsi, dans son rapport du 29 décembre 2007, qui a motivé l'examen psychiatrique au SMR (cf. let. B.b et B.c supra), le Dr V._____ avait déjà posé les diagnostics psychiatriques, ayant des répercussions sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et de trouble anxieux et dépressif mixte (cf. let. A.f supra). Dans sa lettre du 8 octobre 2009, le Dr V._____ confirme que le recourant présente un trouble dépressif récurrent depuis plusieurs années, avec un épisode actuel sévère; il indique que son état s'est péjoré pendant l'année 2009 et a nécessité un nouveau séjour hospitalier à l'Hôpital psychiatrique Z._____ du 8 mars au 24 avril 2009 (cf. let. C.c supra).

De fait, il est constant que le recourant a été à nouveau (après une première hospitalisation en 2006) hospitalisé à l'Hôpital psychiatrique Z._____ du 8 mars au 24 avril 2009 dans le contexte de l'aggravation d'une symptomatologie anxiodépressive avec idéation suicidaire. Dans un rapport du 1^{er} septembre 2009, le Dr C._____, chef de clinique, et la Dresse J._____, médecin assistante, posent le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F 32.2 selon CIM-10) et estiment que les critères pour l'obtention d'une rente AI sont remplis chez un patient présentant un trouble dépressif récurrent avec de fréquents épisodes dépressifs sévères (cf. let. C.d supra).

b) Selon l'avis médical SMR du Dr T._____ du 11 novembre 2009, auquel l'OAI a déclaré se rallier dans sa duplique du 20 novembre 2009 (cf. let. C.e supra), les nouvelles pièces produites démontrent une modification de l'état psychique dans le sens d'une aggravation, avec répercussion sur la capacité de travail, survenue en mars 2009, l'hospitalisation à partir du 8 mars 2009 démontrant qu'au moment de la décision attaquée du 16 mars 2009, l'état psychique de l'assuré s'était aggravé. En revanche, selon le Dr T._____, ces nouvelles pièces ne remettraient pas en question les appréciations faites jusqu'au 21 janvier 2009, date de l'avis SMR qui était basé sur le rapport d'examen psychiatrique au SMR du 9 janvier 2009 (cf. let. C.e supra). Cette dernière

affirmation ne saurait être suivie: l'hospitalisation intervenue en mars 2009, ainsi que le rapport du 1^{er} septembre 2009 des médecins du Hôpital psychiatrique N.____, dont les conclusions tendent à corroborer les constatations que le Dr V._____ avait faites déjà dans son rapport du 29 décembre 2007, constituent à tout le moins des indices sérieux que l'aggravation constatée sur le plan psychiatrique et ayant une répercussion sur la capacité de travail était largement antérieure à la décision attaquée. Il apparaît ainsi que les faits sont insuffisamment élucidés sur le plan médical pour pouvoir statuer sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 8 janvier 2008 par le recourant.

c) 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'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire; un renvoi à l'administration, 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; 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; RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206).

En l'espèce, le renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il fasse examiner le recourant par un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI), en vue de déterminer la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique et son évolution dans le temps, apparaît la solution la plus opportune.

4. a) En définitive, il y a lieu d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1bis 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.

c) 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 et 56 al. 2 LPA-VD). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter à 1'500 fr. le montant des dépens et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 16 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction et nouvelle décision.

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

- IV. Une indemnité de 1'500 fr. (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 Olivier Carré (G. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :