

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 mai 2010

---

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

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à Morges, recourant, représenté par Me Marc Häslar, avocat à Morges,

et

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

---

**Art. 8 al. 1, 43 al. 1 et 44 LPGA; 4 al. 1 et 57 al. 1 let. f LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** H. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le 13 septembre 1954, originaire de Daillens et domicilié à Morges, est mécanicien automobile de formation et a ensuite travaillé comme charpentier. Le 28 février 2001, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente, en indiquant comme atteinte à sa santé une hépatite C ainsi qu'un état dépressif.

**b)** Dans un rapport médical du 15 mai 2001 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), la Dresse J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics d'hépatite C chronique, existant depuis probablement 15 à 20 ans avec nette aggravation depuis 2 ans, de status après hépatite B, d'état anxio-dépressif d'intensité moyenne à sévère, existant depuis l'adolescence, et de syndrome de dépendance aux opiacés (abstinent depuis 1974 jusqu'en 1984, rechute en 1996).

Dans un rapport médical du 11 janvier 2002 adressé à l'OAI, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome dépressif et de dépendance aux opiacés avec traitement de substitution, existant depuis 4 à 5 ans.

**c)** Ensuite d'un avis médical SMR (Service médical régional de l'AI) de la Dresse G. \_\_\_\_\_ du 22 juillet 2002, l'assuré a été convoqué au SMR pour un examen psychiatrique, qui a été effectué le 20 janvier 2003 par la Dresse I. \_\_\_\_\_. Dans son rapport d'examen psychiatrique du 3 février 2003, cette praticienne a retenu les diagnostics de syndrome de dépendance aux opiacés, utilisation actuelle d'héroïne et de méthadone (F11.24), de syndrome de dépendances aux benzodiazépines (F13.24), de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.24), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F.33.01) et de personnalité émotionnellement labile type

borderline (F60.31). Elle a estimé que pour des raisons psychiatriques, l'assuré présentait une capacité de travail exigible de 50% dans toute activité depuis 1993.

**d)** Par décision du 22 avril 2003, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité - basée sur un degré d'invalidité de 50% - à partir du 1<sup>er</sup> février 2000, soit un an avant le dépôt de la demande de prestations.

**e)** Dans un questionnaire pour la révision de la rente qu'il a signé le 26 avril 2005, l'assuré a indiqué que son état de santé était inchangé et qu'il ne travaillait pas.

L'assuré a été hospitalisé en admission volontaire du 26 avril au 20 mai 2005 à l'Hôpital B.\_\_\_\_\_ pour un sevrage aux benzodiazépines.

Dans un rapport médical du 23 septembre 2005 qui lui avait été demandé par l'OAI dans le cadre de la révision d'office du droit à la rente, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de trouble de la personnalité de type borderline avec traits dépendants, de troubles anxieux de type attaque de panique récurrents avec probable phobie sociale, de syndrome de dépendances aux opiacés avec régime de substitution par méthadone et de syndrome de dépendances aux benzodiazépines, ainsi que le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'hépatite C chronique. Relevant qu'il s'agissait essentiellement d'une pathologie psychiatrique avec dépendance aux benzodiazépines et opiacés, avec substitution de méthadone secondaire dans un cadre de trouble de la personnalité état limite, ce praticien a estimé que le tableau psychiatrique seul pourrait justifier d'une incapacité totale de travailler dans la mesure où l'assuré est incapable de mener une activité stable de plus de 1 à 2 mois.

Dans un avis médical SMR du 1<sup>er</sup> mai 2006, la Dresse I. \_\_\_\_\_ a estimé que depuis l'examen psychiatrique effectué le 20 janvier 2003 au SMR jusqu'à la lettre de sortie de l'Hôpital B. \_\_\_\_\_, datée du 18 juillet 2005, il n'y avait aucun élément clinique en faveur d'une aggravation de l'état de l'assuré, qui était stationnaire, si bien que la capacité de travail exigible était toujours de 50%.

Par communication du 8 mai 2006, l'OAI a informé l'assuré de ce qu'il continuerait de bénéficier de la même rente que jusqu'alors.

**f)** En mars 2008, l'assuré a adressé à l'OAI une demande de révision de rente, en indiquant qu'il souffrait de phobie sociale et attaques de panique récurrentes qui l'empêchaient d'envisager de réintégrer le monde du travail. Il a joint à sa requête une lettre du 3 mars 2008 du Dr M. \_\_\_\_\_, dans laquelle ce praticien indiquait notamment ce qui suit:

"(...) les diagnostics n'ont pas formellement changé, mais la situation étant plus claire du point de vue diagnostic et conséquence en terme de réadaptation professionnelle ou économique, force est de constater que les diagnostics psychiatriques pèsent plus lourds en terme de handicap social et professionnel que ce que pouvait le laisser suspecter les derniers rapports en votre possession.

(...) le handicap social créé par la phobie sociale et les attaques de panique récurrentes associées aux diagnostics psychiatriques déjà décrits en détail lors du rapport de septembre 2005 créent de grosses difficultés malgré le traitement comportemental en cours, encore actuellement à l'Hôpital B. \_\_\_\_\_, en terme d'autonomisation, d'intégration et de capacité d'adaptation et concerne donc l'Al en terme de capacité économique de l'assuré.

En d'autre terme, je confirme que la situation médico psychiatrique a nettement évolué dans le sens d'une confirmation que le handicap lié au diagnostic psychiatrique me semble avoir une répercussion plus importante qu'un 50% en terme économique et que l'offre de rente devrait être réévaluée certainement pas en rente complète mais en rente intermédiaire."

Dans un rapport médical du 13 mai 2008 adressé à l'OAI, le Dr M. \_\_\_\_\_ a relevé que le diagnostic de troubles anxieux de type attaques de panique avec phobie sociale (F40.1 + 41.0), quoiqu'existant depuis de nombreuses années, avait été posé seulement en 2005, et que la limitation fonctionnelle du point de vue psychique était pratiquement

complète du point de vue intégration sociale et professionnelle; aucun travail stable n'était exigible pour cet assuré en raison de troubles psychiques, qui entraînaient une incapacité totale de travail.

**g)** Dans un avis médical SMR du 11 mars 2009, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a proposé d'adresser une nouvelle demande de rapport médical au Dr M.\_\_\_\_\_ et d'investiguer pour savoir si l'assuré était également suivi par un psychiatre.

Le 24 avril 2009, l'assuré a informé l'OAI, sur demande de celui-ci, qu'il n'était pas suivi par un psychiatre.

Dans son nouveau rapport médical du 11 juin 2009, le Dr M.\_\_\_\_\_ a confirmé les termes de son rapport médical du 13 mai 2008.

**h)** Le 22 juillet 2009, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a établi un avis médical SMR dont la teneur est la suivante:

"Assuré de 54 ans, au bénéfice d'une demi-rente (inv. 50%) depuis 2000 pour des troubles psychiatriques, qui demande une révision de son dossier en mars 2008 en raison d'une aggravation de son état psychique (voir avis médical SMR du 21.04.2009).

Après discussion des rapports médicaux du 03.03.2008, 13.05.2008 et 11.06.2009 et de leurs annexes avec un médecin psychiatre du SMR, il n'y a pas d'éléments médicaux objectifs en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

En effet, les troubles anxieux étaient déjà décrits en 2005 (voir RM du 23.09.2005) et une prise en charge de type thérapie cognitivo-comportementale était alors recommandée. Cette prise en charge aura finalement lieu en mars 2007 après sevrage aux benzodiazépines (voir lettre de sortie de [l'Hôpital] B.\_\_\_\_\_ du 30.03.2007). Sur la base de cette lettre de sortie, ainsi que des synthèses du programme thérapeutique «Pour ne plus avoir peur d'avoir peur», il apparaît que l'assuré présente une agoraphobie avec attaques de panique et «une certaine anxiété sociale», plutôt qu'une phobie sociale. Par ailleurs, les rapports de synthèse du programme thérapeutique «Pour ne plus avoir peur d'avoir peur» réalisés avant et après ce suivi thérapeutique (synthèse d'évaluation du 12.01.2007 et synthèse du suivi post-programme thérapeutique du 29.05.2007) font état d'une fréquence de 1 à 2 attaques de panique par mois, maîtrisables. Néanmoins, compte tenu du contexte de survenue de ces attaques de panique, leur origine n'est pas claire, pouvant potentiellement être en lien avec un début de manque ou avec le sentiment anxieux d'être confronté à la solitude

(voir synthèse d'évaluation du 12.01.2007, p. 3). On relèvera également une consommation occasionnelle de cocaïne qui peut influencer les troubles anxieux.

Compte tenu de ce qui précède, les troubles anxieux que présente l'assuré n'ont pas une valeur incapacitante. A noter également que l'assuré n'a pas de suivi psychiatrique.

Par conséquent, il n'y a pas d'aggravation manifeste de l'état psychique de l'assuré ayant pour conséquence une diminution supplémentaire de sa CT résiduelle. L'état de santé de l'assuré est stationnaire et sa CT exigible est de 50%."

**i)** Le 27 juillet 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus d'augmentation de la rente d'invalidité. Il a constaté que l'assuré était actuellement au bénéfice d'une demi-rente, sur la base d'un taux d'invalidité de 50%, et qu'en mars 2008, il avait annoncé une aggravation de son état de santé et demandé une réévaluation de son degré d'invalidité. Il ressortait toutefois des renseignements en possession de l'office et de l'avis du SMR qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux objectifs en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, de sorte que la capacité de travail exigible de l'assuré restait de 50% dans toutes activités, ce qui donnait droit à la même rente qui avait été versée jusqu'ici.

Par pli daté du 31 août 2009, l'assuré a fait part de ses objections à ce projet de décision, en indiquant qu'il désirait pouvoir être revu par un médecin psychiatre de l'OAI et en insistant une nouvelle fois sur la péjoration de son état de santé.

**j)** Par décision du 13 octobre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 27 juillet 2009. Il s'est en outre référé à un courrier explicatif du 8 septembre 2009, dans lequel il exposait que la contestation écrite de l'assuré du 31 août 2009 n'apportait aucun élément nouveau; en effet, les troubles anxieux dont souffrait l'assuré étaient déjà décrits en 2005 (selon rapport médical du 23 septembre 2005 du Dr M. \_\_\_\_\_) et concernant les attaques de paniques, le suivi post-programme parlait de une à deux attaques de paniques par mois, maîtrisables; les troubles anxieux que présentait l'assuré n'avaient donc pas une valeur incapacitante et il n'y avait pas d'aggravation manifeste de son état

psychique ayant pour conséquence une diminution supplémentaire de sa capacité de travail exigible.

**B. a)** L'assuré recourt contre cette décision par acte du 4 novembre 2009, en concluant implicitement à sa réforme dans le sens de l'augmentation de sa rente d'invalidité. Il expose que dans sa contestation écrite du 31 août 2009 au projet de décision, il avait souhaité une réévaluation psychiatrique par un médecin de l'AI, demande à laquelle il n'avait toutefois pas été donné suite. Le recourant estime que son médecin généraliste, le Dr M.\_\_\_\_\_, n'a pas été en mesure d'évaluer objectivement son état de santé psychique. Il expose qu'il est suivi depuis le 14 septembre 2009 par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et produit un certificat de ce médecin du 29 octobre 2009 dont la teneur est la suivante:

"Le médecin soussigné certifie que Mr H.\_\_\_\_\_, né le 13.09.1954, est suivi à son cabinet depuis le 14.09.2009.

L'investigation et le traitement en cours ont permis de déceler la présence, chez ce patient, d'un trouble bipolaire, qui s'est probablement manifesté de longue date, sans que les symptômes aient pu être attribués à cette pathologie par le patient lui-même, ou les personnes qui l'ont évalué, selon les informations en notre possession.

Ce trouble, et les conséquences de celui-ci depuis longtemps, contribuent actuellement de façon importante à l'incapacité de travail de Mr H.\_\_\_\_\_, qui doit présentement être considérée comme totale. En l'état actuel de nos investigations, il y a lieu de penser que ce trouble a déjà participé par le passé aux difficultés professionnelles du patient, et contribué à occasionner une invalidité plus élevée que celle qui a été reconnue à ce jour.

Au vu de ces éléments, il y a selon nous des éléments indiscutables justifiant un réexamen, par l'Assurance Invalidité, de sa toute récente décision négative quant à une augmentation de l'invalidité reconnue. Dans le cadre de ce réexamen, nous sommes disposés à fournir un rapport usuel plus complet, en vue de la reconnaissance de ses difficultés actuelles et en vue de la mise en place éventuelle, ultérieurement, de mesures de réadaptation, si le traitement actuellement en cours permet un changement dans le domaine des symptômes du trouble bipolaire."

**b)** Dans le délai prolongé pour effectuer une avance de frais, le recourant a produit une décision du Secrétariat de l'assistance judiciaire lui accordant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 27

novembre 2009, comprenant l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Marc Häsler.

Dans un complément de recours déposé le 15 mars 2010 par son conseil, le recourant expose que le diagnostic du rapport médical établi le 23 septembre 2005 par le Dr M. \_\_\_\_\_ concernant la révision de la rente relevait déjà un élément qui ne se trouvait pas au moment de l'octroi, soit les troubles anxieux de type attaque de panique récurrents avec probable phobie sociale, qui ont été diagnostiqués à ce stade pour la première fois. La conclusion du Dr M. \_\_\_\_\_ est très claire, à savoir que le tableau psychiatrique seul pourrait justifier d'une incapacité totale de travailler dans la mesure où l'assuré est incapable de mener une activité stable de plus de 1 à 2 mois. Or la Dresse I. \_\_\_\_\_ s'est bornée à balayer en quelques lignes, dans son avis médical SMR du 1<sup>er</sup> mai 2006, les constatations médicales probantes présentées. Dans son rapport médical daté du 11 juin 2009 que l'OAI lui a demandé dans le cadre de la demande de révision de rente présentée par le recourant, le Dr M. \_\_\_\_\_ rappelle que les deux diagnostics de troubles de la personnalité de type borderline avec traits dépendants et troubles anxieux de type attaques de panique récurrents avec phobie sociale n'ont été posés qu'en 2005. Or en totale contradiction avec les rapports médicaux établis, la Dresse X. \_\_\_\_\_ a rendu le 22 juillet 2009 un avis médical SMR où elle a repris ces éléments, notamment les phobies et attaques de panique, pour toutefois conclure de manière surprenante que les troubles anxieux que présente l'assuré n'ont pas une valeur incapacitante. Selon le recourant, les conclusions de la Dresse X. \_\_\_\_\_ sont en totale contradiction avec les conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_, alors qu'aucune instruction n'a été diligentée pour revenir sur l'avis d'un spécialiste qui a été sollicité à plusieurs reprises dans le dossier du recourant. Ensuite, il résulte de la synthèse d'évaluation «Pour ne plus avoir peur d'avoir peur» que «M. H. \_\_\_\_\_ présente les critères diagnostiques d'un trouble panique dans le contexte d'une phobie sociale». Ce deuxième avis d'expert n'a également pas eu l'écho que l'on était en droit d'attendre de la part de l'OAI. Depuis, le recourant a été suivi par le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin psychiatre, qui lui a diagnostiqué des troubles bipolaires. Le recourant considère que les éléments fournis à

l'appui de la demande de révision de sa rente, y compris les constatations du Dr K.\_\_\_\_\_, qui eussent dû être diligentées par l'OAI, présentent un caractère manifestement convaincant en vue de l'octroi d'une rente entière. Le recourant conclut ainsi, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée, l'affaire étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision d'octroi d'une rente entière, subsidiairement pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

A l'appui de son complément de recours, le recourant produit une lettre du 4 février 2010 adressée à son conseil par le Dr K.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante:

"Je vois Mr H.\_\_\_\_\_ en consultation, régulièrement, depuis le 14.09.2009 à mon cabinet.

Au cours de ce suivi, à la fois l'anamnèse détaillée que j'ai pratiquée, ainsi que ma propre observation clinique, m'ont permis d'établir la présence chez lui d'un trouble affectif bipolaire (CIM-10: F31.4) qui n'avait jamais été diagnostiqué jusqu'à ce jour selon tous les éléments en ma possession.

Les symptômes de ce trouble remontent apparemment au moins jusqu'à la période de l'apprentissage professionnel, où déjà, son état se caractérisait par une alternance de phases de grande activité physique (investissement sans retenue dans le travail, sport) et psychique (volonté exacerbée, mise sur pied de projets ambitieux) et de périodes d'abattement (hyper-somnolence pendant les heures de travail, absentéisme pour aller dormir en cachette, démotivation, doutes sur ses capacités, baisse de l'énergie). Globalement aussi, ce trouble et l'instabilité inhérente ont fortement altéré ses capacités relationnelles (notamment au travail) et les possibilités de s'impliquer durablement dans des projets d'avenir, occasionnant nombre de ruptures et de changements brusque d'employeurs.

Plus tard, le trouble bipolaire lui-même, ainsi que son caractère déstructurant sur l'existence du sujet, ont certainement joué un rôle dans les comportements d'abus de substances, qui ont eux-mêmes encore aggravé les limitations sociales et professionnelles du patient.

Progressivement, la capacité de travail du patient s'est limitée à des élans d'énergie et de volonté ponctuels, notamment du fait d'une place toujours plus grande, dans sa santé, des phases dépressives.

Actuellement, l'observation portant sur six mois environ a permis de constater directement l'alternance de phases dépressives et de périodes plus brèves lors desquelles le patient retrouve un peu d'énergie physique, et surtout d'avantage de confiance en lui-même et de dynamisme, qu'il investit dans quelques activités sportives. Ces phases se caractérisent également par une relative

surestimation de soi et un déni des difficultés et limitations qui sont les siennes. Les phases dépressives sont plus marquées et plus prolongées, caractérisées par un repli sur soi, l'abandon de l'essentiel des tâches domestiques (le patient ne se lève plus, ne se fait plus à manger, ne sort plus beaucoup, ne nettoie plus son appartement), et des sentiments de honte qui le retiennent d'aller voir ses médecins, ainsi que des sentiments persécutoires et une perte d'espoir, par exemple dans son traitement.

Pour ces raisons, il convient de considérer que Mr H. \_\_\_\_\_ présente, actuellement de longue date vraisemblablement, une incapacité de travail totale du simple fait de son trouble bipolaire (auxquels s'ajoutent sans doute des limitations liées au status physique), qui représente une pathologie psychiatrique sévère et très invalidante.

Un traitement ciblé du trouble bipolaire est en cours d'introduction, avec pour le moment des résultats réels mais modestes. Il n'est pas exclu, à long terme (plusieurs années, vraisemblablement), que Mr H. \_\_\_\_\_ puisse retrouver une capacité de travail partielle, avec toutefois un rendement diminué et une variabilité importante, ainsi que la nécessité de conditions adaptées. Cet objectif devra cependant, le moment venu éventuellement, être précédé de mesures de réinsertion très progressives, adaptées à ses difficultés psychiques et relationnelles. A court terme, de telles mesures ne sont pas envisageables."

**c)** Dans sa réponse du 19 avril 2010, l'OAI déclare se rallier à l'avis médical SMR établi le 29 mars 2010 par la Dresse X. \_\_\_\_\_, dans lequel cette praticienne expose notamment ce qui suit:

"L'assuré a débuté une prise en charge auprès du Dr K. \_\_\_\_\_ le 14.09.2009, c'est-à-dire antérieurement à la date de la décision AI. Dans ses deux rapports médicaux (29.10.2009 et 04.02.2010), le Dr K. \_\_\_\_\_ retient un diagnostic de trouble bipolaire, dont la nature actuelle est un épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques (F31.4). Il estime que cette atteinte entraîne actuellement une incapacité de travail totale, incapacité qu'il apprécie comme déjà présente de longue date. L'état de santé de l'assuré n'est vraisemblablement pas stabilisé à l'heure actuelle.

Par conséquent, compte tenu de ce nouveau diagnostic, et après discussion du dossier avec un médecin psychiatre du SMR, nous pensons qu'une expertise psychiatrique serait nécessaire afin de préciser l'atteinte à la santé psychique dont souffre l'assuré, les limitations fonctionnelles qu'elle entraîne ainsi que son influence sur sa capacité de travail. Par ailleurs, il s'agirait également, lors de l'expertise, de préciser l'évolution de l'état de santé psychique de l'assuré depuis 2007, date à laquelle l'assuré annonce une aggravation de son état de santé."

L'OAI expose ainsi qu'au vu des éléments nouveaux amenés dans le cadre du recours, il propose la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par H. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 13 octobre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'augmentation d'une demi-rente en une rente entière d'invalidité, la valeur litigieuse est manifestement supérieure à 30'000 fr. et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi 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).

**2. 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. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (qui reprend l'ancien art. 41 LAI, abrogé lors de l'entrée en vigueur de la LPGA), lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout

changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées; 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). 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 p. 351, 125 V 368 consid. 2 et la référence citée).

**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 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

**d)** 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).

**3. a)** En l'espèce, dans le cadre de la demande de révision de rente présentée en mars 2008 par le recourant, le Dr M. \_\_\_\_\_ a indiqué le 3 mars 2008 que si les diagnostics n'avaient pas formellement changé depuis son précédent rapport du 23 septembre 2005 (cf. lettre A.e supra), la situation médico-psychiatrique avait nettement évolué dans le sens d'une confirmation que le handicap lié au diagnostic psychiatrique avait une répercussion plus importante que le 50% retenu dans la décision d'octroi d'une demi-rente (cf. lettre A.f supra). Dans son rapport médical du 13 mai 2008, dont il a entièrement confirmé les termes dans un nouveau rapport médical du 11 juin 2009 (cf. lettre A.g supra), le Dr M. \_\_\_\_\_ a relevé que le diagnostic de troubles anxieux de type attaques de panique avec phobie sociale (F40.1 + 41.0), quoiqu'existant depuis de nombreuses années, avait été posé seulement en 2005 - soit postérieurement à la décision d'octroi d'une demi-rente du 22 avril 2003 - et que la limitation fonctionnelle du point de vue psychique était pratiquement complète du point de vue intégration sociale et professionnelle; il a souligné qu'aucun travail stable n'était exigible pour le recourant en raison de troubles psychiques, qui entraînaient une incapacité totale de travail (cf. lettre A.f supra). Au vu de ces indications dûment étayées, l'OAI ne pouvait pas se contenter comme il l'a fait de nier toute aggravation sans voir le recourant, mais aurait dû à tout le moins le convoquer pour un examen psychiatrique au SMR, comme celui-ci l'a demandé en vain dans ses objections du 31 août 2009 au projet de décision de refus d'augmentation de rente du 27 juillet 2009 (cf. lettre A.i supra).

Entre-temps, le recourant, qui a débuté une prise en charge psychiatrique le 14 septembre 2009 auprès du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a produit deux rapports médicaux de ce médecin, datés respectivement du 29 octobre 2009 (cf. lettre B.a supra) et du 4 février 2010 (cf. lettre B.b supra). Il en ressort que

l'anamnèse détaillée pratiquée par ce spécialiste, ainsi que son observation clinique portant sur six mois environ, ont permis d'établir la présence chez le recourant d'un trouble affectif bipolaire (F31.4), qui n'avait jamais été diagnostiqué jusqu'alors et qui représente une pathologie psychiatrique sévère et très invalidante entraînant à elle seule, actuellement et de longue date vraisemblablement, une incapacité de travail totale. Sur le vu de ces constatations dûment motivées, une expertise psychiatrique, devant être confiée à un expert indépendant, apparaît indispensable afin de préciser l'atteinte à la santé psychique dont souffre le recourant, l'influence de cette atteinte sur sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles découlant de l'atteinte, et enfin l'évolution dans le temps de l'état de santé psychique et de la capacité de travail du recourant.

**b)** Reconnaissant la nécessité d'une expertise psychiatrique au vu des rapports du Dr K.\_\_\_\_\_, auprès duquel le recourant a débuté une prise en charge antérieurement à la date de la décision attaquée, l'OAI propose la mise en oeuvre d'une telle expertise (cf. lettre B.c in fine supra).

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 – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit

la procédure dans le domaine des assurances sociales et est codifié à l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. aussi art. 57 al. 1 let. f LAI; ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 n° K 646 p. 235 consid. 4) - apparaît la solution la plus opportune, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la Cour de céans procède elle-même aux mesures d'instruction nécessaires.

**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, sous la forme d'une expertise psychiatrique à confier à un expert indépendant, puis 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 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.

**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 13 octobre 2009 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 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 Marc Häsler, avocat (pour H. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le 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 :