

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 janvier 2011

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Röthenbacher et Pasche
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

E. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 43 al. 1, 44 LPG; 28 LAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le 8 juin 1959, a déposé le 1^{er} avril 2009 une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI). Dans sa demande, il fait état d'une tendinite globale au niveau des deux mains et des avant-bras ainsi que de dorso-lombalgies chroniques. L'assuré ne travaille plus depuis 1997. Il est aujourd'hui au bénéfice de l'aide sociale.

Dans un rapport du 28 mai 2009, le Dr V._____, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques et des deux poignets. Ce médecin a attesté d'une incapacité de travail à 100% dans l'activité de peintre exercée auparavant, l'intéressé ne pouvant plus se servir de ses mains ou soulever des objets.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: SMR), l'assuré a été soumis le 15 décembre 2009 à un examen clinique rhumatologique, effectué par le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Dans son rapport du 8 janvier 2010, ce médecin a posé les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de dorsalgies et lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis (M54) et de PSH calcifiante bilatérale (M 75). Il a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'aide-peintre en carrosserie et de 100%, depuis 1997, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans son appréciation du cas, le Dr P._____ a exposé ce qui suit:

"Comme aide-peintre en carrosserie, l'assuré utilisait un pistolet et un diluant qui nettoyait le pistolet et le décapait. Ce diluant aurait, selon l'assuré, abîmé la peau de ses mains et « les veines des mains enfleraient ». Effectivement, depuis 1995, l'assuré aurait arrêté toute activité professionnelle, car il présenterait des tuméfactions des mains et des poignets apparaissant lorsqu'il utilise trop ses mains ou lorsqu'il les met dans l'eau froide. Ces tuméfactions s'accompagnent de douleurs et l'assuré n'arrive pas à lever des poids avec les mains. Les douleurs et les tuméfactions des mains sont également

météo-dépendantes et augmentent s'il fait froid. Les douleurs et les tuméfactions des mains sont plus importantes le matin. L'assuré est réveillé par les douleurs de ses mains, il présenterait une raideur matinale des mains de 3-4 heures. Il présenterait également un trémor des deux mains, prédominant à D[roite], avec lâchages de petits objets comme de la vaisselle en raison de ce trémor, mais également des tuméfactions des mains.

Au niveau du status actuel, on ne note aucune synovite articulaire, notamment au niveau des mains et des poignets. La manoeuvre de Gänsslen est indolore au niveau des deux mains. Il existe un discret trémor des mains prédominant à D, existant surtout au repos et diminuant lorsque l'assuré fait des activités comme s'habiller ou se déshabiller. Par contre, ce trémor a tendance à augmenter, lorsqu'il se sent observé ainsi qu'à l'épreuve des bras tendus. Par contre, il n'y a pas de dysmétrie ni de dysdiadococinésie. Le tonus est par ailleurs sp[sans particularités] et on ne note notamment pas de roue dentée. Le reste du status neurologique est sp.

L'assuré se plaint également de lombalgies irradiant à la face postérieure des deux membres inférieurs jusqu'à mi-mollets. Ces lombosciatalgies s'accompagnent de crampes aux mollets. Elles ont un caractère essentiellement mécanique, les réveils étant posturo-dépendants. Il existerait cependant une raideur matinale de 3-4 heures comme au niveau des mains. L'assuré signale par ailleurs des céphalées frontales et des douleurs migrantes un peu partout, notamment au niveau des épaules et des pieds.

Au niveau rachidien, on note des troubles statiques modérés du rachis. La mobilité lombaire est très diminuée par des douleurs de la charnière dorso-lombaire, mais l'on note des signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la rotation du tronc les ceintures bloquées, d'une importante démonstrativité, d'une discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen. Les signes de Kummel sont également positifs. La mobilité cervicale est limitée seulement en flexion. Les divers mouvements cervicaux ne s'accompagnent pas de douleurs cervicales, mais également de douleurs de la charnière dorso-lombaire. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, notamment celle des épaules. Il n'y a pas de signes pour une PSH. Seule la flexion des hanches est limitée par les douleurs de la charnière dorso-lombaire. On note des troubles statiques des pieds avec hallux valgus débutant. La manoeuvre de Gänsslen est indolore au niveau des pieds.

L'assuré n'ayant jamais eu de radiographies, nous avons demandé des radiographies de la colonne dorso-lombaire, des deux mains, des deux poignets et des deux épaules. Ces examens radiologiques mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis et des calcifications amorphes en surprojection de l'espace sous-acromial, signant une PSH bilatérale calcifiante. Il n'a pas de lésion érosive aux mains ou aux poignets. Le Dr X. _____, radiologue, décrit la présence d'un syndesmophyte pontant en L2-L3. Nous retenons plutôt le diagnostic de calcification du ligament longitudinal antérieur, cette image calcifiée ne partant des angles de la vertèbre. Nous avons également exclu un syndrome inflammatoire par un laboratoire, le médecin-traitant de l'assuré nous ayant dit par téléphone qu'il aurait constaté lui-même des tuméfactions de la face dorsale du poignet, qui n'existent actuellement pas. Nous avons également demandé des examens sanguins rhumatologiques de type facteur rhumatoïde, anti-CCP, ASLO et facteurs anti-nucléaires qui se sont avérés négatifs. On peut ainsi raisonnablement exclure un rhumatisme inflammatoire.

Dans le contexte clinique actuel, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons surtout des limitations fonctionnelles pour le rachis et les épaules qui sont incompatibles avec le travail d'aide-peintre en carrosserie et de préparateur de voitures. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète. Par ailleurs, le trémor des deux mains

prédominant à D, semble peu handicapant, puisqu'il diminue lors des activités. Cependant, afin de poser un diagnostic précis et de déterminer avec exactitude les limitations fonctionnelles liées à cette pathologie, nous proposons au médecin responsable du dossier au SMR de demander encore une évaluation neurologique.

ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE DU 15.12.2009 AVEC LE DR V._____, MÉDECIN-TRAITANT: Le Dr V._____ n'a jamais fait de radiographies ou de laboratoire pour les problèmes articulaires de l'assuré. Il aurait constaté des tuméfactions des faces dorsales des poignets.

Limitations fonctionnelles

Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations.

Epaules: pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 60°, pas de lever de charges de plus de 8kg avec les membres supérieurs."

Dans un rapport SMR du 18 février 2010, le Dr I._____ a estimé que les atteintes ostéoarticulaires mises en évidence par le Dr P._____ justifiaient de retenir des limitations fonctionnelles relevées dans l'expertise, la capacité de travail de l'assuré devant être considérée comme nulle dans l'ancienne activité d'aide-peintre en carrosserie mais entière dans une activité qui respecte les limitations fonctionnelles.

B. Dans son projet de décision 24 février 2010, l'OAI a informé l'assuré de son refus d'octroi d'une rente d'invalidité. Il a évalué le degré d'invalidité du recourant à 10%, en se fondant sur un revenu théorique sans invalidité de 53'650 fr. et un revenu avec invalidité de 48'283 fr. 90 compte tenu d'un abattement de 10% propre aux limitations fonctionnelles de l'intéressé.

Le 12 mars 2010, le recourant a contesté ce projet de décision et indiqué une nouvelle dégradation de son état de santé physique et psychique. Il sollicitait la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire neutre.

Par certificat médical du 7 mai 2010, le Dr V._____ a attesté que l'état de santé de E._____ s'était péjoré gravement récemment, avec un encadrement assuré par le psychothérapeute N._____, à Lausanne.

Dans un rapport établi le 25 mai 2010, N._____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, a posé les diagnostics d'état dépressif chronique sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (F 62.1). Ses observations quant au patient sont les suivantes:

"M. E._____ présente manifestement des troubles du comportement dus à son mode de vie qui l'a marginalisé. Des problèmes de santé physique et psychologique l'ont empêché de s'insérer dans une vie sociale et professionnelle normale, ce qui fait qu'il vit avec beaucoup d'auto dévalorisation dans un état général morose, des conflits conjugaux graves, des troubles du sommeil et un état dépressif chronique depuis plusieurs années"

Dans un avis médical du 9 juillet 2010, le Dr F._____, du SMR, a tout d'abord relevé que le rapport de N._____ ne mentionnait aucun des critères diagnostiques nécessaires à poser les diagnostics dont il faisait état et a souligné que l'intéressé, n'étant pas médecin, n'était en principe pas habilité à poser des diagnostics médicaux de sorte que son rapport ne saurait avoir valeur de rapport médical. Selon le Dr F._____, le rapport de N._____ n'apportait en définitive aucun élément de nature à rendre plausible une atteinte à la santé psychique durablement incapacitante.

C. Le 19 juillet 2010, l'OAI a rendu une décision confirmant son refus d'octroi d'une rente, le degré d'invalidité calculé n'étant que de 10%.

Le 12 août 2010, E._____ a recouru contre cette décision et sollicité une nouvelle fois la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 30 septembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le 19 octobre 2010, le recourant a adressé à la Cour de céans un certificat médical du Dr V._____, du 11 octobre 2011, qui atteste que l'intéressé souffre d'un syndrome subjectif post-commotionnel ainsi qu'un

rapport intermédiaire du psychologue N._____, du 18 octobre 2011, qui relève que le diagnostic dont il fait état dans son rapport du 25 mai 2010 s'est aggravé, précisant - s'agissant du plan psychique et mental - que le patient devrait bénéficier d'une expertise psychiatrique neutre, laquelle pourrait confirmer ou infirmer le diagnostic pour préciser la capacité de travail du patient.

Se déterminant le 12 novembre 2010 sur l'écriture du recourant, l'OAI a estimé que les arguments invoqués par l'intéressé n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision, les pièces médicales produites ne faisant état d'aucun élément médical qui n'aurait pas été pris en compte dans l'appréciation de la capacité de travail du recourant. Cela étant, l'intimé a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. a) L'art. 69 al.1 let. a LAI (Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA (Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), 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.

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 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36); cette loi, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, est immédiatement applicable (117 al. 1 LPA-VD). Elle prévoit la compétence de la Cour des assurances

sociales du Tribunal cantonal pour statuer sur les recours conformément à l'art. 56 LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA; 95 LPA-VD), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; ATF 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, le recours porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, étant précisé que ce dernier reproche à l'administration d'avoir manqué à son devoir d'instruction en refusant de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

3. **a)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ne peut pas être améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qu'il a présenté une incapacité de travail au sens de l'art 6 LPGA d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'il présente au terme de cette année une invalidité (art. 8 LPGA) à 40% au moins. L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette

diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi résulter d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir si l'assuré 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 équilibré du travail (art. 16 LPGA).

b) Aux termes de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports, des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3). Dans la mesure où l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments

recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément d'instruction (ATF 132 V 93).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur 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). Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2;114 V 310 consid. 3c, TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social - 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais son contenu (ATF 125

V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2), en revanche, un rapport médical ne saurait être écarté au seul motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2). Dans une jurisprudence récente, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

4. a) En l'espèce, l'OAI fonde son refus de prestations et de mise en oeuvre d'une instruction complémentaire sur le rapport d'examen clinique rédigé le 8 janvier 2010 par le rhumatologue P._____, du SMR, ainsi que sur l'avis médical du Dr F._____, du 9 juillet 2010, lequel écarte les certificats établis par le médecin traitant V._____, d'une part, par le psychothérapeute N._____, d'autre part - ces pièces rendant compte d'une problématique psychique conséquente - au motif qu'il ne s'agit pas de médecins psychiatres et qu'au demeurant, ils n'avaient pas fourni d'éléments de nature à rendre plausible une atteinte à la santé psychique durablement incapacitante.

Le rapport d'examen clinique rhumatologique établi par le Dr P._____ du 8 janvier 2010 comporte une anamnèse complète, un relevé des plaintes du patient, un exposé sur le status général et le status ostéoarticulaire et neurologique, un résumé des examens radiologiques effectués, une émission de diagnostics et, enfin, une appréciation du cas.

Ce rapport, clair et complet, est rigoureusement établi et il emporte la conviction, ceci sur le plan rhumatologique. Au terme de son évaluation, le Dr P._____ propose toutefois clairement au médecin responsable du dossier au SMR de demander une évaluation neurologique, afin de poser un diagnostic précis et de déterminer avec exactitude les limitations fonctionnelles liées à la pathologie du trémor des deux mains. L'étude du dossier montre qu'il n'a été donné aucune suite à cette proposition, la question n'étant même pas abordée dans les rapports SMR des 18 février 2010 ou 9 juillet 2010. De plus, si le Dr V._____ est le médecin-traitant du recourant et qu'il n'est certes pas psychiatre, il est néanmoins médecin et il doit être reçu lorsqu'il fait état d'une grave péjoration récente de l'état de santé de son patient, avec médication et encadrement par un spécialiste psychothérapeute. Quant au psychothérapeute N._____, auquel a été adressé le recourant, il n'est certes pas médecin, comme le relève à juste titre l'OAI, mais il n'en demeure pas moins un professionnel de la santé, à même d'observer cliniquement et de rendre compte d'une aggravation de la santé physique et psychologique d'un patient, notamment en raison d'un mode de vie marginalisé. L'état dépressif chronique sévère mis en exergue par l'intéressé mériterait à tout le moins qu'une investigation soit menée sur ce plan.

Au vu de ce qui précède, il apparaît que l'instruction du dossier sur le plan médical s'avère lacunaire, sur le plan psychiatrique et neurologique, domaines qui n'ont fait l'objet d'aucune investigation lors de l'examen de la demande.

b) Aux termes de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige. Selon la jurisprudence, deux solutions s'offrent, en principe, au juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés: renvoyer de la cause à l'assureur pour complément d'instruction ou procéder lui-même à l'instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va différemment 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 apparaîtrait disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2, RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) Force est de constater en l'espèce que la situation médicale n'a fait l'objet d'aucune investigation particulière du point de vue psychiatrique et neurologique, alors même qu'une atteinte à la santé a été rendue parfaitement vraisemblable par des professionnels. Il convient dès lors de renvoyer l'affaire à l'autorité inférieure, pour qu'elle complète son instruction en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire. La mise en œuvre d'une expertise judiciaire n'entre en effet pas en ligne de compte à ce stade, si l'on considère les lacunes du dossier et l'ampleur de l'instruction complémentaire à mener (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire conforme à l'article 44 LPGA.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumis à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent toutefois pas être exigés de la Confédération et de l'Etat auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54ss LAI. Aucun frais judiciaire ne sera en conséquence prélevé dans cette procédure.

Il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens, le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision du 19 juillet 2010 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Le présent arrêt est rendu sans frais, ni dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- M. E. _____,
- 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).

La greffière :