

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mars 2012

Présidence de Mme ROETHENBACHER
Juges : M. Métral et Mme Pasche
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

P._____, recourant, à Yverdon-les-Bains, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat à Lausanne, pour le compte du service juridique d'Intégration Handicap,

et

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

Art. 17, 43 et 44 LPGA

E n f a i t :

A. Le 26 juin 2000, P. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1957, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant notamment à l'octroi d'une rente. Il a indiqué qu'il souffrait d'une hernie discale suite à un accident survenu le 26 novembre 1999 et qu'il se trouvait en incapacité totale de travailler depuis lors. Jusqu'à son accident, il avait travaillé comme aide-maçon depuis le mois de novembre 1998, pour [...], et auparavant, depuis 1991, comme manœuvre-jardinier chez un fleuriste en gros.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a ensuite recueilli des renseignements médicaux.

Dans leur rapport du 14 juillet 2000, les Dr Q. _____ et X. _____, respectivement chef de service et médecin assistant à la Clinique [...] (ci-après: [...]), où l'assuré avait séjourné du 30 mai au 21 juin 2000, ont indiqué que ce dernier avait chuté en portant une bombonne de gaz de 100 kg et qu'il se plaignait de lombalgies depuis ce moment. Ils ont expliqué que l'examen d'entrée à la clinique avait mis en évidence un syndrome dorso-lombo-vertébral avec une importante hypertonie paravertébrale lombaire, prédominante à gauche sans syndrome radiculaire irritatif ni déficitaire aux membres inférieurs, à part une hyporéflexie rotulienne. Le bilan radiologique ne montrait pas de fracture, mais des séquelles de dystrophie de croissance et des ostéophytes antérieurs en L2-L3, ainsi qu'une protrusion discale L4-L5 sans hernie discale avec canal lombaire étroit. Le bilan en fin d'hospitalisation ne montrait pas d'amélioration, ni objectivement, ni subjectivement. L'évaluation physiothérapeutique et en ateliers professionnels permettait de constater que l'assuré était apte à porter des charges de 10 à 15 kg, bien qu'il signalait une exacerbation des lombalgies. Les médecins recommandaient d'envisager un changement d'activité professionnelle, dans le sens d'une activité plus légère en termes de charge.

Dans son expertise du 23 octobre 2000, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a expliqué qu'en raison des séquelles de dystrophie rachidienne de croissance et une raideur de dos plat, l'assuré n'était apparemment pas fait pour le travail lourd qu'il exerçait depuis l'adolescence et que celui-ci était très certainement responsable de la spondylose-spondylarthrose qui s'était développée. La capacité de travail était nulle dans l'activité professionnelle exercée jusqu'ici comme dans tout métier lourd, mais l'assuré pourrait avoir une capacité de travail quasi complète ou complète, s'il se recyclait dans une activité non agressive pour la colonne vertébrale.

Dans son rapport du 29 août 2001, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et qu'il était enlisé dans ses douleurs. Il a indiqué une capacité de travail nulle dans l'activité exercée jusqu'ici et qu'on ne pouvait pas non plus exiger de lui qu'il exerce une autre activité. La capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

Dans son rapport du 18 septembre 2001, le Dr W._____, spécialiste en médecine physique, réadaptation et rhumatologie, a indiqué que l'assuré se trouvait en incapacité totale d'exercer son ancienne activité et que des mesures professionnelles étaient recommandées. Il estimait, notamment sur la base d'un rapport de stage en atelier professionnel à la [...], que dans une activité adaptée, sans port de charges lourdes et avec alternance des positions assises et debout, la capacité de travail de l'assuré était de 80%, avec une diminution de rendement de 20%.

Par décision du 18 novembre 2002, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une quart de rente compte tenu d'un taux d'invalidité de 43.3%, mais considérant qu'il remplissait les conditions du cas pénible, lui a alloué une demi rente. Le taux d'invalidité était basé sur une évaluation théorique du préjudice économique, compte tenu d'une capacité de travail

résiduelle de 80% dans une activité adaptée, telle une activité industrielle légère.

Par acte du 19 décembre 2002, l'assuré a recouru contre cette décision devant le Tribunal cantonal des assurances, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, au motif qu'il serait, selon les constatations de son médecin traitant, en incapacité totale de travailler. Le recours a été rejeté par jugement du 22 décembre 2003, jugement qui a été confirmé par arrêt du Tribunal Fédéral du 6 juillet 2005.

B. Le 13 mars 2006, l'assuré a déposé auprès de l'OAI un questionnaire en vue de révision. Le même jour, la Dresse N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport à l'intention de l'OAI, selon lequel l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Elle expliquait que l'assuré avait débuté un suivi chez elle le 29 mars 2003, qu'il avait mauvais moral, dormait mal, avait des angoisses face à l'avenir et se sentait révolté contre la décision du quart de rente. Son état psychique s'était péjoré depuis début 2006. Elle indiquait que sa capacité de travail était de 50%, comme depuis septembre 2003.

Le 18 mai 2006, la Dresse N._____ a établi un nouveau rapport, dont on extrait ce qui suit:

" [...]

Le 29.03.2003, M. P._____ débuta un suivi chez moi en raison d'un état dépressif. Il souffrait en effet d'un état algique qui sinistrait son moral. De plus, le fait que son problème de santé ne soit pas pleinement reconnu par l'AI le déprimait. Enfin, M. P._____ avait fait recours contre cette décision et attendait quasiment chaque jour des nouvelles de cette affaire. Je mis mon patient sous antidépresseurs et anxiolytiques, mais son moral ne s'améliora que peu. L'été passé, à la suite du rejet de son recours au Tribunal Fédéral, l'état psychique de mon patient se péjora. Le 1^{er} novembre, il participa à un programme d'occupation dans le cadre du chômage, programme qu'il dut interrompre le 31.01.06 en raison d'un état algique (certificat du Dr T._____). Depuis, l'état psychique de mon patient est médiocre. J'ai dû augmenter les médicaments. Son état correspond aux symptômes d'un état dépressif moyen. Sa capacité de travail reste de 50%, comme depuis septembre 2003.

Plaintes subjectives: M. P. _____ se plaint de ne plus avoir goût à rien, d'être toujours fatigué, d'être angoissé quant à l'évolution de son état de santé, d'être très nerveux en raison de ses douleurs persistantes, d'avoir des problèmes de sommeil.

Constations objectives: abaissement de l'humeur, diminution de l'intérêt et du plaisir, réduction de l'énergie, idée de dévalorisation, perte de la confiance en soi, attitude pessimiste face à l'avenir, troubles du sommeil.

Thérapie: suivi psychiatrique, traitement psychopharmacothérapeutique

Pronostic: quant à une amélioration de l'état psychique: mauvais, quant à la reprise d'une quelconque activité: mauvais également".

Par avis médical du 21 août 2006, le Dr M. _____, du Service médical régional (ci-après: SMR), s'est prononcé de la manière suivante:

"Le rapport médical de la Dresse N. _____ fait état non pas d'un trouble dépressif récurrent, mais bien d'un trouble dépressif réactionnel aux divers conflits asséculo-logiques et à l'état douloureux. Selon la CIM-10, pour pouvoir admettre la présence d'un trouble dépressif récurrent, il faut pouvoir justifier de la présence, dans le passé, d'au moins un épisode dépressif, léger, moyen ou sévère, ayant persisté au moins deux semaines, et séparé de l'épisode actuel par une période d'au moins deux mois sans perturbation significative de l'humeur". Or la teneur du rapport ne correspond pas à ladite définition, l'assuré n'ayant pas présenté d'épisode dépressif documenté avant septembre 2003, ni depuis septembre 2003 au moins deux mois sans perturbation significative de l'humeur. Par contre, le rapport nous oriente sur une réaction dépressive prolongée, ou un épisode dépressif, qui toujours sur la base du rapport de la Dresse N. _____, est à considérer comme léger, puisqu'on arrive à 4 symptômes (il en faut au moins 6 pour pouvoir élever le trouble dépressif au rang de moyen (2 symptômes B: diminution marquée de l'intérêt et du plaisir, réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité; 2 symptômes C sur 7: perte de confiance en soi ou de l'estime de soi, troubles du sommeil; les 5 autres symptômes C ne sont pas listés).

Conclusions: sur la base du rapport médical de la Dresse N. _____, les conditions médicales ne sont pas remplies pour admettre que l'assurée présente une atteinte à la santé psychique permettant de justifier une invalidité au sens de l'AI".

Par projet de décision du 26 octobre 2006, confirmé par une décision du 5 décembre 2006, l'OAI a rejeté la demande de révision, considérant que l'assuré ne présentait pas de modification de son état de santé pouvant influencer sur son degré d'invalidité.

C. Le 11 novembre 2009, la Dresse N._____ a informé l'OAI d'une nouvelle aggravation de l'état de santé psychique de l'assuré, dans les termes qui suivent:

"Diagnostic: [...] Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère.

Durant ces dernières années, probablement dans le cadre de son état dépressif, un asthme bronchique s'est déclaré et mon patient a de fréquents bronchospasmes malgré un traitement de fond et du Sulbutamol et réserve sous forme de spray. Au cours de cette année, M. P._____ a subi des évènements négatifs: son épouse est tombée malade, elle souffre d'une polyarthrite, a des douleurs et de la peine à faire ses tâches ménagères, le fils de mon patient a des difficultés à son travail et redoute d'être licencié. Celui-ci s'est aussi récemment divorcé ce qui a beaucoup affecté mon patient. Dans ce contexte de préoccupations, M. P._____ a développé des céphalées qui se font de plus en plus fréquentes au cours des mois et répondent mal à un traitement antalgique. M. P._____ ne supporte plus le bruit, est très irritable et las de vivre avec les douleurs rhumatismales chroniques qui sont connues de votre office. Lors de notre entretien du 6.10.09, je constatai un fort abaissement de l'humeur, une perte la joie de vivre, une diminution de l'intérêt, une réduction de l'énergie, une perte de la confiance en soi, des troubles du sommeil, une attitude pessimiste face à l'avenir. A partir de cette date, j'évalue son incapacité de travail à 100%".

Le 24 novembre 2009, l'assuré a déposé un nouveau questionnaire en vue de la révision de la rente, indiquant que son état de santé s'était aggravé depuis 2003. Il précisait se sentir toujours mal à cause de sa dépression.

Dans un nouveau rapport médical du 9 décembre 2009, la Dresse N._____ a précisé que la reprise d'une quelconque activité n'était pas envisageable et que l'amélioration de l'état psychique de son patient était incertain.

Dans son rapport du 13 décembre 2009, le Dr T._____ a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis des années, que son état de santé s'était aggravé, que l'assuré présentait actuellement un asthme sévère et se trouvait dans un état dépressif.

Dans son rapport du 19 novembre 2010, le Dr H._____, spécialiste en pneumologie, a indiqué comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail, un asthme sans composante allergique décelable, un syndrome d'apnée du sommeil (SAS) de degré léger, de mécanisme obstructif et de caractère positionnel. De son point de vue, l'asthme ne devait pas formellement contre-indiquer une activité de maçon, mais celle-ci ne devrait peut-être pas être exercée à plein temps. Une activité en milieu chauffé, sans exposition à des irritants bronchiques et ne nécessitant pas d'efforts physiques importants était cependant préférable à l'activité de maçon. Quand au SAS, s'il était traité efficacement, il ne diminuait habituellement pas la capacité de travail.

Dans son avis du 10 janvier 2011, le Dr K._____ du SMR a écrit ce qui suit:

"[...] Dans une lettre du Dr H._____ au Dr T._____, en date du 19.11.10., celui-ci annonce que l'assuré affirme n'avoir plus aucun symptôme et ne plus employer de Ventolin. Il ne s'agit donc à l'évidence pas d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

On reçoit en date du 09.12.09 un rapport médical de la Dresse N._____, psychiatre de l'assuré, qui elle aussi annonce une aggravation de l'état de santé de son patient. Elle nous informe de céphalées, répondant mal à un traitement antalgique. Objectivement, elle constate: fort abaissement de l'humeur, perte de la joie de vivre, diminution de l'intérêt, réduction d'énergie, perte de la confiance en soi, trouble du sommeil, attitude pessimiste face à l'avenir. Le patient est sous thérapeutique antidépressive et anxiolitique. Le rapport précédent de la Dresse N._____ du 18.05.06 parlait d'un trouble dépressif récurrent depuis 2003. Les constatations objectives de l'époque étaient: abaissement de l'humeur, diminution de l'intérêt et du plaisir, réduction de l'énergie, idée de dévalorisation, perte de la confiance en soi, attitude pessimiste face à l'avenir, trouble du sommeil. Le patient suivait une psychothérapie associée à un traitement antidépresseur et anxiolitique. La comparaison de ces deux rapports médicaux ne permet pas de conclure à une dégradation de l'état de santé psychologique de l'assuré, même si la psychiatre conclut actuellement à une incapacité totale de travail, alors qu'elle fixait la capacité de travail à 50% lors de sa visite en 2006, il n'y a pas d'élément objectif nouveau qui puisse nous faire nous rallier à cette appréciation différente d'un même problème. En conclusion et malgré les deux rapports médicaux, des médecins en charge de l'assuré, il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé objective de l'assuré. La capacité de travail est toujours de 80% avec une perte de rendement de 15% dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles sont celles d'épargne rachidienne, pas de mouvements répétitifs avec ou en charge, en torsion, inclinaison, rotation ou flexion-extension du tronc, pas de posture en torsion, inclinaison, rotation ou flexion-extension du

tronc. Nécessité d'une activité en milieu chauffé, sans exposition à des irritants bronchiques, et sans effort physique important".

Par projet de décision du 18 janvier 2011, l'OAI a rejeté la demande de révision au motif que l'aggravation de l'état de santé n'était pas démontrée. L'assuré continuait à bénéficier du droit à un quart de rente, basé sur un taux d'invalidité de 43%.

Par décision du 28 février 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision.

D. Par acte du 30 mars 2011, P. _____ a déposé recours contre la décision de l'OAI du 28 février 2011, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour que celui-ci examine l'influence de ses troubles psychiques sur sa capacité de travail. Il invoquait en substance avoir subi une aggravation de son état de santé entre la décision du 5 décembre 2006 et celle du 28 février 2011, se fondant sur l'avis de son médecin psychiatre qui attestait du passage d'une dépression moyenne à une dépression sévère et par là même du passage d'une incapacité de travail de 50% à une incapacité totale. Pour lui, l'avis contraire du médecin de l'AI, qui n'était pas psychiatre, n'était pas de nature à prouver que l'avis son psychiatre traitant était faux.

Par réponse du 16 juin 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours, maintenant qu'il n'y avait pas de dégradation de l'état de santé au plan psychologique entre 2006 et 2009.

Par réplique du 20 juillet 2011, le recourant a modifié ses conclusions, en concluant à l'annulation de la décision du 28 février 2011 et au renvoi à l'OAI pour que ce dernier mette en œuvre une expertise psychiatrique, en substance pour les mêmes motifs que ceux contenus dans son acte de recours.

Par acte du 25 août 2011, le recourant a de nouveau modifié ses conclusions, concluant, à titre préalable, à la mise en œuvre par la Cour de céans, d'une expertise psychiatrique. Sur le fond, il a conclu à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} février 2011.

Le 15 novembre 2011, le recourant a produit un rapport médical du service de neurologie du Centre hospitalier [...], daté du 19 octobre 2011, posant le diagnostic de probable maladie d'Alzheimer à début précoce. Il était indiqué que la situation n'avait pas changé depuis la dernière consultation de fin juin 2011. Au vu de ce rapport, le recourant a modifié sa conclusion préalable du 25 août 2011, concluant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et neurologique par la Cour de céans.

Par avis médical du 13 décembre 2011, le Dr K. _____ du SMR a indiqué qu'au vu des éléments médicaux nouveaux apportés par le service de neurologie du Centre hospitalier [...], il pouvait être conclu à une aggravation de l'état de santé du recourant, dès fin juin 2011, date à partir de laquelle les investigations amenant au diagnostic de probable maladie d'Alzheimer avaient commencé.

Par lettre du 15 décembre 2011, l'OAI s'est rallié à l'avis du Dr K. _____, et a précisé ce qui suit: "il est fait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant probablement survenue après la date de la décision querellée".

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 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'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont

sujettes à recours auprès du Tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et il respecte les autres conditions de forme (cf. notamment art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le point de savoir si les conditions d'une révision de la rente d'invalidité du recourant sont réunies. Se fondant sur l'avis médical du Dr K. _____ du SMR du 10 janvier 2011, l'OAI considère qu'il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé par rapport à la situation telle qu'elle se présentait en 2006. Le recourant quant à lui estime que son état de santé s'est péjoré au plan psychiatrique, se fondant sur les rapports médicaux de la Dresse N. _____. Après avoir conclu, dans un premier temps, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, il a modifié sa conclusion, demandant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique. Il a ensuite à nouveau modifié ses conclusions, requérant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique et neurologique, compte tenu du diagnostic de maladie d'Alzheimer à début précoce qui a été posé en 2011, ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2011.

3. a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement 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, cas échéant, une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant au moment de la demande de (nouvelle) révision (ATF 133 V 108, consid. 5, TF 9C_198/2011 du 11 novembre 2011, consid. 4.2; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées. Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est resté inchangé, n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006; consid. 5.1; TF 9C_97/2011 du 21 juillet 2011, consid. 4). Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006; consid. 5.1).

b) 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 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente aux trois conditions suivantes: a. sa capacité de gain ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6

LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, 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 trois quart de rente, et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à un rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration, ou le juge, en cas de recours, a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; TF I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

c) aa) Selon le principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 première phrase LPGA). 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'assurances sont remplies, l'OAI réunit les pièces nécessaires, en particulier et notamment, sur l'état de santé du requérant. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés, c'est-à-dire au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). 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 œuvre les mesures nécessaires

au complément d'instruction (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2).

bb) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni son origine, ni sa désignation mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1; TF 9C_168/2007 du janvier 2008, consid. 4.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

En particulier, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont c'est précisément le rôle de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice

pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351, consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb).

Un rapport médical 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 valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011, consid. 2; TF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.5; TF I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3). Par ailleurs, on ne saurait dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012, consid. 4.1).

Quant aux rapports médicaux établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a 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 mêmes faibles quant à la fiabilité et à 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 œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465; TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011, consid. 3).

cc) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière

irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

4. En l'espèce, pour déterminer s'il y a matière à révision au sens de l'art. 17 LPGA et de la jurisprudence précitée (supra consid. 3a), il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la dernière demande de révision du 24 novembre 2009 et la situation telle qu'elle se présentait au moment de la précédente demande de révision ayant abouti à la décision de refus du 5 décembre 2006. En effet, il s'agit de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente, puisque le SMR a examiné les rapports médicaux des 13 mars et 18 mai 2006 déposés par la Dresse N._____, pour conclure que le recourant ne présentait pas - outre les problèmes somatiques ayant conduit à l'octroi d'un quart de rente en 2000 - d'atteinte à la santé psychique permettant de reconnaître une invalidité au sens de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de sa décision de 2006, l'OAI se fondait sur l'avis du SMR qualifiant les symptômes du recourant de dépression réactionnelle - alors que la Dresse N._____ les qualifiait de trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne.

Dans le cadre de la dernière demande de révision datant de 2009, l'OAI, après avoir pris connaissance des rapports médicaux de la Dresse N._____ des 11 novembre et 9 décembre 2009, a considéré - reprenant à son compte les conclusions du Dr K._____ du SMR dans son avis du 10 janvier 2011 - que l'état de santé psychique du recourant ne

s'était pas aggravé depuis 2006 et que, dès lors, le recourant ne présentait toujours que des atteintes d'ordre somatique.

Cette dernière appréciation de l'OAI n'emporte pas conviction. En effet, la Dresse N._____ a, dans ses rapports précités de 2009, mis en évidence différents éléments laissant penser que l'état de santé du recourant au plan psychique s'est aggravé depuis 2006. D'abord, le recourant, qui est suivi par la Dresse N._____ depuis 2003, est toujours sous traitement anxiolitique et antidépresseur, ce qui indique à tout le moins que sa santé psychique ne s'est pas améliorée depuis 2006. Par ailleurs, dans ses rapports médicaux de novembre et décembre 2009, la Doctoresse constate un fort abaissement de l'humeur et une perte de la joie de vivre - éléments qu'elle n'avait pas constatés en 2006. Elle a encore mis en évidence que le recourant est très affecté par les difficultés familiales qu'il rencontre depuis 2009. Enfin, elle estime désormais que la capacité de travail du recourant est nulle depuis la fin de l'année 2009, alors qu'en 2006, elle l'évaluait à 50%.

Si ces éléments ne suffisent pas à admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, une aggravation de l'état de santé psychique du recourant, ils constituent néanmoins des indices suffisants pour mettre sérieusement en doute l'appréciation de l'OAI selon lequel le recourant ne présente pas, au plan psychique, d'atteinte à la santé invalidante susceptible d'influencer l'ampleur de son droit à la rente. Dans ces circonstances, il y a lieu de considérer que l'état de fait, en particulier le point de savoir si le recourant présente une atteinte à la santé psychique invalidante, n'a pas été suffisamment éclairci, de sorte qu'une mesure d'instruction complémentaire s'impose.

5. Reste à examiner sous quelle forme cette instruction complémentaire doit intervenir. A cet égard, après avoir requis, dans son acte de recours, le renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, le recourant a modifié ses conclusions en cours de procédure, requérant en dernier lieu la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique et neurologique.

a) Selon la jurisprudence, deux solutions s'offrent en principe au juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés. Il peut soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à l'instruction complémentaire, par exemple en ordonnant une expertise judiciaire. 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, lorsqu'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 (RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et RAMA 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). 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).

b) En l'espèce, l'OAI s'est contenté de soumettre les rapports médicaux de la Dresse N._____, pour analyse, au Dr K._____ du SMR, lequel n'est pas psychiatre. Aucun examen clinique psychiatrique n'a été ordonné, ce que l'on pouvait exiger compte tenu des éléments apportés par la Dresse N._____. Dans ces circonstances, il y a lieu de considérer que l'Office a constaté les faits de façon sommaire, de sorte que la cause doit lui être renvoyée pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise au sens de l'art. 44 LPG. L'expertise devra être bidisciplinaire, en ce sens qu'elle devra porter sur l'état de santé du recourant au plan

psychiatrique, ainsi qu'au plan neurologique. En effet, même si la maladie d'Alzheimer à début précoce a été diagnostiquée postérieurement à la décision litigieuse, il se justifie, par économie de procédure, d'examiner également l'incidence de cette nouvelle atteinte sur la capacité de travail du recourant.

6. Il résulte de ce qui précède que le recourant obtient gain de cause. La décision de l'OAI est annulée, la cause étant renvoyée à l'Office pour la mise en œuvre d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, bidisciplinaire, psychiatrique et neurologique.

Obtenant gain de cause, le recourant a droit à des dépens fixés, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD), à 2'500 francs et mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas perçu de frais judiciaire (art. 50 LPA-VD).

Le recourant a en outre obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Agier. Ce dernier ayant renoncé à l'indemnité d'office, il n'y a pas lieu d'en fixer le montant. Le Service juridique et législatif remboursera au recourant la franchise mensuelle de 50 francs qu'il a, le cas échéant, versée à partir du 1^{er} juillet 2011.

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

- I. Le recours déposé le 30 mars 2011 par P. _____ est admis.
- II. La décision rendue le 28 février 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction sur le plan médical, au sens des considérants.

III. Des dépens, à hauteur de 2'500 francs (deux mille cinq cent francs) sont alloués au recourant et mis à la charge de l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier (pour P. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

,

La greffière :