

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mai 2012

Présidence de M. MERZ
Juges : M. Neu et Mme Dormond Béguelin, assesseur
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

M._____, à Crissier, recourant, représenté par la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

Art. 16 et 43 LPGA; art. 28 LAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1956, d'origine portugaise, est arrivé en Suisse en 1980. Il est aujourd'hui au bénéfice d'un permis d'établissement. Il n'a pas de formation professionnelle. Il a travaillé comme ouvrier dans le domaine de la construction, dernièrement dans une activité de manœuvre auprès de L. _____ SA. Selon le formulaire de communication pour la détection précoce du 3 décembre 2009, l'assuré a été en incapacité de travail totale en raison de maladie dès le 24 août 2009. Il a déposé le 5 janvier 2010 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations d'invalidité.

Le dossier de l'assuré auprès de son assureur perte de gain en cas de maladie a été produit. Y figure un rapport du 30 octobre 2009 du Dr Y. _____, médecin généraliste à Renens, retenant les diagnostics de sciatgie gauche sur hernie discale L5-S1 gauche et une incapacité de travail de 100%, ainsi qu'un rapport d'IRM lombaire effectuée le 1^{er} septembre 2009. Ce médecin a par la suite délivré des certificats médicaux indiquant que son patient était en arrêt de travail à 100% depuis le 27 janvier 2010 en raison de maladie.

L'OAI s'est adressé au Dr V. _____, spécialiste FMH en rhumatologie. Dans un rapport du 3 février 2010, ce médecin a posé le diagnostic de lombosciatique S1 gauche chronique et déficitaire sur plan moteur et retenu une incapacité de travail à 100% depuis le 7 octobre 2009. Concernant les limitations fonctionnelles, il a notamment indiqué que l'assuré pouvait effectuer des activités dans différentes positions à raison de 1 à 2h par jour, depuis octobre 2009.

L'OAI a également requis l'avis des médecins du CHUV. Dans un rapport du 19 janvier 2010, les Drs Q. _____ et B. _____, respectivement chef de service et chef de clinique adjoint du centre universitaire romand de neurochirurgie, ont retenu - suite à une

consultation ambulatoire et à une IRM lombaire – que l'assuré présentait une atteinte radiculaire S1 gauche, avec diminution progressive des douleurs, et volonté de poursuite du traitement conservateur.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans son rapport du 28 mai 2010, se référant aux indications des Drs V._____ et B._____, le Dr H._____, spécialiste FMH en médecine interne générale au SMR, a retenu l'atteinte principale à la santé de lombosciatalgies S1 gauches sur hernie discale L5-S1 gauche et une incapacité de travail de 100% depuis le 24 août 2009. Il a retenu une capacité de travail exigible de 0% dans l'activité habituelle de maçon et de 100% dans une activité adaptée, puis a indiqué les limitations fonctionnelles suivantes: « Pas de port de charges de plus de 5 kg ; pas de porte-à-faux ; alternance des positions ; pas d'escaliers ». L'assuré était en incapacité de travail pour des lombosciatalgies S1 gauches sur hernie discale L5-S1 gauche. Le traitement conservateur, comprenant des infiltrations, n'avait pas apporté d'amélioration très significative, mais les neurochirurgiens n'envisageaient pas d'intervention chirurgicale en l'absence de déficit neurologique moteur.

L'OAI a à nouveau requis l'avis du Dr Y._____. En date du 3 juin 2010, ce médecin a en particulier indiqué que l'assuré pouvait travailler à 50% dans une activité adaptée, puis s'est prononcé sur les limitations fonctionnelles.

Le 9 juillet 2010, l'OAI a demandé des précisions au Dr V._____ au sujet de la capacité de travail. Ce dernier y a répondu en date du 18 août 2010, en se prononçant sur les limitations fonctionnelles de son patient.

Par décision du 16 mai 2011, confirmant un préavis du 21 mars 2011, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. Il a évalué le degré d'invalidité à 9.3%, en se fondant sur un revenu théorique sans invalidité de 60'825 fr. 60 et un revenu hypothétique avec invalidité

de 55'114 fr. 60 en tenant compte d'un abattement de 10% propre aux limitations fonctionnelles de l'assuré.

B. Par acte du 15 juin 2011, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal, en demandant une rente entière d'invalidité. Il se prévaut notamment d'une capacité de travail nulle.

Dans un rapport du 6 juillet 2011 adressé au mandataire de l'assuré, le Dr V._____ a relevé que son patient avait beaucoup de peine à marcher et à faire les escaliers et qu'il ne pouvait pas rester plus de 15 minutes assis ou debout. Il a indiqué que l'assuré ne pouvait travailler que quelques heures par jour, entre 3 et 4h, dans une activité légère et adaptée, et qu'il ne pouvait en aucun cas faire plus qu'une demi journée voire deux fois 2h par jour. L'assuré devait pouvoir alterner les positions assises et debout, ne pouvait pratiquement pas marcher ni porter de poids et devait faire toutes les heures dix minutes de pause.

Le 15 juillet 2011, par son mandataire, l'assuré a présenté spontanément un complément de recours. Il demande principalement - en réduisant ses prétentions - de réformer la décision incriminée dans le sens qu'un « droit au versement d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} août 2010 » lui soit reconnu. Subsidiairement, il demande la mise en œuvre d'une « expertise rhumatologique judiciaire », puis l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de l'affaire à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des conclusions de l'expertise.

C. Dans sa réponse du 7 septembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Se référant à un avis médical du SMR du 29 juillet 2011 établi par les Drs H._____ et S._____, l'OAI relève que l'appréciation du 6 juillet 2011 du Dr V._____, qui contredit celle faite par ce médecin le 18 août 2010, ne repose sur aucune motivation étayée de l'état de santé de l'assuré.

Par son mandataire, l'assuré a pris position le 5 octobre 2011, confirmant sa position et relevant que l'avis du SMR était dépourvu de pertinence.

L'OAI ne s'est plus prononcé par la suite. Les arguments des parties sont repris ci-après dans la mesure utile.

D. Le Tribunal a statué par voie de circulation.

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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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 (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

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

c) Le Tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il n'est pas lié par les conclusions

des parties ; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que ce que le recourant avait demandé (cf. art. 61 let. c et d LPGA ; art. 28 ss, 89 et 99 LPA-VD). Dès lors, l'assuré pouvait, dans son mémoire du 15 juillet 2011, compléter après l'échéance du délai de recours les motifs invoqués et modifier ses conclusions.

2. a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 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). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever 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 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 (art. 16 LPGA).

b) Aux termes de l'art. 43 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 (al. 1). 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 ou 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 la jurisprudence, le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_1012/08 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1; TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3). Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en oeuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que 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 de l'instruction. En tout état de cause, l'assuré n'est pas habilité à requérir une décision formelle afin de faire examiner l'opportunité d'une mesure d'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.5; TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a).

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 125 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). 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 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; TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3; TF 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

3. Selon la décision attaquée rendue par l'OAI, il ressortirait du « dossier [de l'assuré] et suite à l'analyse médicale », que ce dernier présente une incapacité de travail entière dans son activité de maçon depuis août 2009. Par contre, dans des activités adaptées à son état de santé, « par exemple dans le domaine de l'industrie légère (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des travaux simples et légers) » sa capacité de travail et de gain serait entière et ceci depuis février 2010.

L'assuré fait valoir que le médecin du SMR invoquait les constatations du Dr V._____ dans son rapport du 3 février 2010. Le médecin du SMR n'aurait, cependant, pas retenu que le Dr V._____ avait estimé, dans ce rapport, que l'assuré ne pouvait travailler plus que « 1-2 h / jour » dans une activité alternant différentes positions. Par rapport du 9 juin 2010, le Dr Y._____ aurait défini une capacité résiduelle de travail de 50% au maximum, assortie de nombreuses limitations fonctionnelles. Enfin, par annotation manuscrite sur une lettre du SMR du 9 juillet 2010 complétée par un certificat médical du 6 juillet 2011, le Dr V._____ aurait confirmé que la capacité de travail que le recourant pouvait mettre à profit dans une activité adaptée ne dépassait pas le taux de 50%. La base sur laquelle l'OAI fonde une capacité entière dans une activité adaptée ne ressortirait pas du dossier AI de l'assuré.

L'OAI rétorque dans sa réplique du 7 septembre 2011 que l'appréciation du Dr V._____ du 6 juillet 2011 contredirait celle qu'il

mentionnait sur le rapport médical du 18 août 2010. En outre, l'appréciation de ce médecin du 6 juillet 2011 ne reposerait sur aucune modification étayée de l'état de santé de l'assuré. Il renvoie à un avis médical du SMR du 29 juillet 2011, qui contient pour l'essentiel les mêmes remarques.

4. a) En fait, le rapport médical du 18 août 2010, auquel se réfèrent l'OAI et le SMR, correspond, selon le dossier de l'OAI, à la note manuscrite et signée, mais sans date, établie par le Dr V._____ sur une lettre du SMR du 9 juillet 2010. L'OAI avait enregistré la réponse de ce médecin le 18 août 2010. Par sa note manuscrite, le Dr V._____ répondait uniquement à la question, de savoir s'il pouvait confirmer que la « capacité de travail » de l'assuré était « entière dans une activité légère adaptée à son problème de rachis ». Il y a déclaré, sans plus:

« Oui, mais laquelle ; alterner positions, pas marcher, porter > 5 kilos, faire des pauses de 10' toutes les heures ».

L'OAI et le SMR comprennent cette déclaration du Dr V._____ dans le sens que l'assuré serait capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée. Il est vrai qu'une telle interprétation est possible. Le terme de la capacité de travail « entière » peut contenir un élément temporel, c'est-à-dire relatif à la durée de travail possible. Dans ce sens, il est une déclaration sur le taux d'occupation exigible. Ainsi, la capacité « entière » reviendrait à un travail à temps complet.

Cependant, ce terme peut, du moins pour des non-juristes, également concerner la question de savoir s'il y a des empêchements, respectivement des réductions de la performance, dans une activité précise. Il est fréquent que l'OAI admette lui-même dans certaines activités des différents taux d'empêchement ou de performance, qu'il chiffre parfois, comme le taux d'occupation ou de capacité de travail, en pourcentage. Ainsi, un assuré peut avoir un taux d'empêchement ou un taux de performance réduit pour une activité (par exemple le ménage ou

des activités dans des positions précises), sans que cela ne concerne forcément la question du temps de travail possible ou exigible.

D'ailleurs, l'OAI utilise lui-même des formulaires à l'attention des médecins qui contiennent ces différentes conceptions. Il en va ainsi du formulaire sur lequel le Dr V._____ avait rédigé son rapport du 3 février 2010. Ce formulaire de l'OAI distingue pour différentes activités entre, d'une part, la durée en heures exigibles par jour, et, d'autre part, la performance ou le rendement de la personne concernée. En outre, lorsque dans ce formulaire il y est question d'un travail sans restriction dans la durée, l'OAI utilise les termes d'activité à temps complet et non pas ceux de capacité de travail entière.

Dès lors, le SMR n'a lui-même pas été précis dans sa requête du 9 juillet 2010 adressée au Dr V._____. En outre, contrairement à ce que prétend l'OAI, il n'y a pas de contradictions entre les appréciations du Dr V._____ de l'été 2010 et celles de son certificat du 6 juillet 2011. Dans le dernier document, ce médecin précise que l'assuré ne pouvait en aucun cas travailler plus d'une demi journée, tandis que dans sa réponse à la lettre du SMR du 9 juillet 2010, il ne s'était pas prononcé au sujet de la durée exigible d'une activité. Quant aux limitations fonctionnelles évoquées, elles sont quasiment identiques.

b) Au vu de ce qui précède, la réponse du Dr V._____ à cette dernière lettre du 9 juillet 2010 permet, tout au plus, l'interprétation selon laquelle la performance ou le rendement est entier, c'est-à-dire à 100%, dans une activité qui respecte les limitations fonctionnelles de l'assuré. Pour le reste, le certificat du Dr V._____ du 6 juillet 2011 n'est pas en soi une nouvelle appréciation qui ne repose sur aucune modification étayée de l'état de santé de l'assuré. Ce certificat présente, au contraire, des répétitions ainsi que des précisions de ce qui avait été exposé précédemment par le médecin. Il est rappelé que le Dr V._____ avait déjà retenu dans son rapport du 3 février 2010 que le nombre d'heures exigibles était restreint (1 à 2 heures par jour) ; par contre il n'avait pas prévu de restriction au sujet de la performance dans l'activité adaptée. Si

après 18 mois de la rédaction de ce premier rapport, le Dr V._____ considère que la durée de travail exigible a augmenté, il n'y a pas de contradiction. Au contraire, il tient compte de l'évolution depuis son appréciation début 2010. Celle-ci est en outre en accord avec le rapport du Dr Y._____ du 3 juin 2010, dans lequel il est question d'une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée et d'une incapacité de travail à 100% dans l'activité exercée jusqu'alors. D'ailleurs, ni le SMR, ni l'OAI ne mentionnent ce rapport. Quant au Dr B._____, auquel le SMR fait référence, il ne s'est pas prononcé, dans son rapport du 19 janvier 2010, sur la capacité de travail de l'assuré.

c) Dès lors, il apparaît que l'instruction du dossier sur le plan médical s'avère lacunaire. Le SMR, qui n'a pas lui-même rencontré et examiné l'assuré, mais s'est uniquement remis aux indications des Dr V._____ et B._____, a évalué les capacités de l'assuré sur des données qu'il avait mal interprétées ou comprises. Le SMR a maintenu sa mauvaise interprétation dans son avis médical du 29 juillet 2011. En se fondant, par la suite, sur les explications du SMR, l'OAI a apprécié le cas de l'assuré sur des bases erronées.

d) Comme déjà évoqué, le tribunal cantonal des assurances établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige (art. 61 let. c LPGA et art. 28 ss LPA-VD). Selon la jurisprudence, deux solutions s'offrent, en principe, au juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés: renvoyer 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 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). 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 (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3; 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).

e) Force est de constater en l'espèce que la situation médicale a fait l'objet d'une investigation insuffisante, respectivement erronée de la part du SMR et de l'OAI. Il n'est pas exclu que ce dernier revoie sa décision dans le sens des conclusions de l'assuré dans son mémoire du 15 juillet 2011, après avoir pris correctement - au sens des considérants - connaissance des appréciations des médecins Drs V._____ et Y._____, sur lesquelles se fondent les conclusions de l'assuré. L'OAI ne s'est pas encore prononcé pour ce cas de figure. Si l'OAI ne devait pas suivre les appréciations des deux médecins, il lui incombera de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire selon l'art. 44 LPGA. Pour toutes ces raisons, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire n'entre pas en ligne de compte à ce stade (cf. 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 nouvelle décision et éventuellement instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire conformément à l'art. 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 soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de

la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (arrêt Casso AI 230/11 du 23 avril 2012 consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 300 francs.

L'OAI supportera également les dépens auxquels peut prétendre le recourant, qui a procédé par l'intermédiaire d'un avocat et qui obtient gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Il y a lieu de fixer ces dépens à 1'400 francs.

**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 16 mai 2011 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. Les frais de justice, arrêtés à 300 (trois cents) francs, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 1'400 (mille quatre cents) francs à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne (pour M. _____)
- 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 :