

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 octobre 2012

Présidence de Mme RÖTHENBACHER,
Juges : M. Metral et Mme Pasche
Greffier : M. Bohrer

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate, à Lausanne,

et

U._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17, 43 al. 1, 44 et 61 let. a LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI ; 69 al. 2, 72bis et 88a al. 2 RAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 7 mai 1951, décorateur de profession, a déposé une demande de prestations AI pour adulte (octroi d'une rente) le 20 octobre 2002, invoquant un état dépressif et des douleurs chroniques.

Dans un rapport médical du 22 novembre 2002, la Dresse T._____, spécialiste en rhumatologie, a posé chez l'assuré le diagnostic sans répercussion sur sa capacité de travail de "douleurs diffuses variables avec probablement un seuil douloureux diminué".

Dans un rapport médical du 6 décembre 2002, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ainsi que psychiatre traitant de l'assuré, a posé les diagnostics suivants selon DSM IV :

"AXE I	Dysthymie
AXE II	Personnalité état limite à traits passifs-agressifs
AXE III	Douleurs polyarticulaires
AXE IV	Difficultés socio-professionnelles."

Ce praticien a préconisé également dans ce même rapport la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire indépendante.

Dans un rapport d'expertise du 27 avril 2004, les Drs P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et H._____, du département de psychiatrie X._____ ont écrit notamment ce qui suit :

"A. QUESTIONS CLINIQUES

(...)

4. DIAGNOSTICS

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Dysthymie (F34.1) diagnostiquée en 1999, dans un contexte d'insécurité professionnelle, chronique depuis l'arrêt de son activité professionnelle au musée Y._____.
- Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation épisodique (F10.26).
- Trouble de la personnalité émotionnelle labile de type impulsif (F60.30). Ce trouble est présent depuis l'adolescence, se manifestant par une instabilité émotionnelle, avec des difficultés à soutenir un travail régulier.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Douleurs polyarticulaires.
- Difficultés socioprofessionnelles (Z56) liées à l'enfance malheureuse (événements entraînant une perte de l'estime de soi pendant l'enfance (Z61.3) et changement dans les relations familiales pendant l'enfance (Z61.2)).

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

M. Z._____ présente au premier plan un trouble de la personnalité émotionnellement labile présent depuis son jeune âge, sous la forme d'une instabilité émotionnelle, d'un sentiment de vide intérieur et une tendance à agir avec impulsivité avec une difficulté à anticiper l'avenir. De fait, ce trouble s'est manifesté par sa difficulté à effectuer une formation professionnelle où il n'a par ailleurs pas obtenu de certificat de fin de formation, puis une instabilité professionnelle très marquée jusqu'à la naissance de sa fille. M. Z._____ a alors tenté de stabiliser sa situation mais a finalement été confronté à un échec dont il peine à se remettre.

Sa sensibilité élevée associée à sa difficulté à contrôler ses impulsions l'ont amené à des difficultés relationnelles et une difficulté majeure à faire face à l'autorité comme en témoignent ses difficultés professionnelles et probablement aussi le fait qu'il ait été licencié du service militaire.

De plus, ce trouble de la personnalité se caractérise par des conduites toxicomanes préjudiciables ("darshmel", cannabis puis alcool).

Ce mode comportemental est durable, et a mené M. Z._____ à effectuer un tentamen par veinosection à 18 ans dans un contexte de rupture affective et de difficultés dans son apprentissage. Il a malgré tout pu maintenir une stabilité affective tant dans sa relation conjugale que dans ses amitiés.

Sa difficulté à s'adapter aussi bien sur le plan relationnel que professionnel se manifeste par la décompensation thymique en 1999 au moment où il est menacé de perdre son étayage professionnel. Il a eu le recours de consulter le Dr M._____.

De plus, l'aggravation de sa consommation d'alcool depuis la péjoration de sa situation professionnelle souligne encore sa difficulté adaptative malgré une période d'abstinence. Compte tenu de ces éléments, M. Z._____ ne parvient pas à envisager de s'adapter à un nouvel emploi. Son précédent emploi au musée Y._____ à 50% correspondait à la situation optimale d'un environnement satisfaisant où M. Z._____ pouvait fournir un travail apprécié dans une atmosphère compréhensible. Nous pouvons estimer qu'effectivement dans un tel environnement M. Z._____ conserverait une capacité de travail de 50%. Toutefois, nous pouvons craindre qu'une telle place de travail soit difficile à retrouver. En dehors d'un contexte adapté à l'expertisé, nous ne pensons pas que M. Z._____ soit en mesure de maintenir cette capacité théorique de travail à 50%.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. LIMITATIONS EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES

Nous ne nous prononcerons pas sur l'incidence des troubles somatiques sur la capacité de travail. En effet, M. Z._____ ne s'en plaint pas au premier plan et, à la lecture du dossier, il semble que les diagnostics retenus soient sans répercussion sur la capacité de travail. La question d'une réponse expertale à ce sujet reste toutefois ouverte et à évaluer selon votre appréciation.

Sur le plan psychique, on note une nette péjoration de son trouble de la personnalité avec apparition d'une dysthymie et aggravation d'un syndrome de dépendance à l'alcool suite à l'insécurité professionnelle puis à la perte de son emploi. Ceci est associé à un sentiment d'injustice, ce poste ayant été attribué à la dernière minute à quelqu'un d'autre alors qu'il lui avait été promis. M. Z._____ en garde un vif sentiment de trahison et de rejet qui fait écho à son vécu traumatique face à son père. Depuis lors, il se montre blessé, découragé, épuisé et sans espoir mais parvient toutefois à retrouver un état euthymique s'il est en vacances loin de chez lui et qu'il oublie sa situation. Il bénéficie d'un traitement antidépresseur depuis 1999, ce qui lui a permis de retrouver un élan vital sous Zoloft puis une anxiolyse sous Deroxat. Les symptômes ne sont toutefois pas entièrement amendés, le facteur de stress professionnel étant toujours présent.

Au plan social, on note des difficultés relationnelles de longue date face à l'autorité, à toute forme de contrainte ou de critiques. Il a toutefois su maintenir des amitiés durables et une situation familiale stable.

2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE JUSQU'ICI

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Son trouble de la personnalité entraîne une diminution de sa capacité adaptative. M. Z._____ ne peut soutenir un travail régulier dans la durée et a eu la chance de trouver un emploi sur mandat au musée Y._____ lui laissant suffisamment de liberté, ce qui lui a permis de garder une valorisation professionnelle tout en conservant du temps pour se reposer. En effet, M. Z._____ a besoin de plus de temps de récupération pour faire face au stress relationnel qu'il peine à contenir. Il n'évoque pas d'incidences professionnelles de son alcoolisme, nous pouvons toutefois aisément postuler une exacerbation de ses traits de caractère impulsifs sous l'effet de l'alcool.

La perte de l'élan vital et la fatigue n'empêchent toutefois pas M. Z._____ d'effectuer ses activités quotidiennes telles qu'achats de ménage depuis qu'il ne travaille plus.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Dans un environnement professionnel où l'expertisé se sentirait reconnu et n'aurait pas d'astreintes trop élevées ni de reproches, nous pouvons estimer qu'il pourrait poursuivre une activité de décorateur à 50%. Nous pouvons signaler qu'il parvient actuellement à aider à financer les études de sa fille en effectuant des travaux dans le manège qu'elle fréquente. Cette activité est épisodique et n'entraîne pas de gains significatifs.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure ?

L'activité exercée jusqu'ici reste la plus adaptée et est encore exigible à raison de 50% dans un environnement adapté.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?

Oui, son rendement est diminué, il présente une fatigabilité augmentée et doit fournir plus d'efforts en vue de contenir son impulsivité ou ses envies d'alcoolisation.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

M. Z._____ présente une diminution de sa capacité de travail depuis de nombreuses années. Il n'a travaillé à 100% pour ainsi dire que durant son apprentissage puis trois ans après la naissance de sa fille. Pendant qu'il était à son compte, il a travaillé de manière très irrégulière, voyageant dès qu'il en avait les moyens. Lors de ses emplois par la Ville de [...], il a toujours travaillé sur mandat, ce qui correspondait à une moyenne annuelle de 50%.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

La capacité de travail de M. Z._____ reste affectée par son trouble de la personnalité, aggravée d'une dysthymie depuis trois ans et

d'un syndrome de dépendance à l'alcool mal compensé actuellement. Sa dysthymie est clairement associée à ses difficultés professionnelles et il nous semble important de souligner que la volonté de travailler subsiste malgré la difficulté à imaginer retrouver une place aussi adaptée à ses capacités que celle du musée Y._____. Nous estimons que le degré d'incapacité de travail est resté stable.

3. EN RAISON DE SES TROUBLES PSYCHIQUES, L'ASSURE EST-IL CAPABLE DE S'ADAPTER A SON ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL ?

M. Z._____ a précisément une grande difficulté à s'adapter à un environnement professionnel. En raison de son trouble de la personnalité, il cherche à trouver un emploi sur mesure plutôt qu'à avoir à s'adapter à des exigences qu'il ne peut intégrer. Il présente également, en raison de son trouble de personnalité, des difficultés à envisager un travail régulier, préférant s'investir à 100% sur de courtes durées puis récupérer en se reposant entre deux mandats.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. DES MESURES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES ?

Il ne semble pas que M. Z._____ puisse bénéficier de mesures de réadaptation en raison de ses difficultés à tolérer un rythme de travail régulier, à tolérer l'autorité vécue sur un mode persécutoire et finalement en raison de ses troubles mnésiques.

2. PEUT-ON AMELIORER LA CAPACITE DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPE JUSQU'A PRESENT ?

2.1 Si oui par quelles mesures?

La capacité de travail de 50% de M. Z._____ peut être maintenue moyennant un aménagement tel qu'un travail sur mandat avec des intervalles libres entre deux mandats, un contexte professionnel protégé où M. Z._____ ne se sente ni trop critiqué ni sous contrainte. Sur le plan médical, le maintien du soutien psychothérapeutique et de la médication antidépressive nous paraissent adéquates. Concernant le syndrome de dépendance à

l'alcool, M. Z. _____ pourrait éventuellement bénéficier d'une prise en charge spécialisée en collaboration avec sa généraliste et son psychiatre-traitant. M. Z. _____ ne semble toutefois pas prêt actuellement à une telle démarche et nous ne pouvons affirmer qu'elle améliorerait vraiment sa capacité de travail.

3. D'AUTRES ACTIVITES SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURE ?

3.1 Si oui à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Etant donné ses difficultés adaptatives, il ne nous semble pas envisageable de demander à M. Z. _____ d'exercer une autre profession que la sienne, et ce d'autant plus qu'il présente des troubles mnésiques qui affecteraient ses facultés d'apprentissage.

(...)"

Par décision du 6 août 2004, l'OAI a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 50% pour raisons psychiatriques et lui a octroyé à ce titre une demi-rente ordinaire avec effet au 1^{er} août 2004.

Par décision du 30 août 2004, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente ordinaire pour la période allant du mois d'octobre 2001 au mois de juillet 2004.

B. Par courrier du 26 avril 2005, l'assuré a déposé une demande de révision de sa situation en invoquant une dégradation de sa santé psychique et générale au point de ne plus être capable d'assumer une quelconque activité.

Par lettres des 20 mai et 10 juin 2005, l'OAI a indiqué à l'assuré ne pas être en mesure d'entrer en matière sur sa demande de révision rappelant en substance qu'il lui appartenait de rendre plausible la péjoration de son état de santé.

C. Le 10 janvier 2007, l'assuré a déposé une nouvelle demande de révision de sa situation motivée par une dégradation de son état psychique puis physique suite à d'importantes douleurs chroniques.

Par attestation médicale du 13 mars 2007, le Dr J._____, médecin traitant de l'assuré, a indiqué avoir constaté une aggravation de l'état de santé de son patient de nature à motiver une réadaptation de sa rente d'assurance-invalidité.

Dans un rapport médical du 4 avril 2007, le Dr M._____ a confirmé son diagnostic du 6 décembre 2002 et a constaté l'absence d'évolution dans l'état de santé de l'assuré depuis son précédent rapport.

Dans un rapport médical du 11 mai 2007, le Dr J._____ a posé les diagnostics suivants :

"A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- Etat dépressif chronique.
- Dorso-lombalgies chroniques sur spondylarthrose dorso-lombaire étagée, discopathies L4-L5 et L5-S1, rétrécissement du canal lombaire secondaire à une hypertrophie des ligaments jaunes.
- Surplus pondéral."

Ce praticien a estimé en substance dans ce même rapport que la diminution de rendement de l'assuré dans le cadre de son activité habituelle était de plus de 70% et que cette activité n'était plus exigible. Il a estimé toutefois que l'assuré était en mesure d'exercer une autre activité en position assise, sans port de charge, à raison de 4 heures par jour, tout en précisant qu'il fallait s'attendre à une diminution du rendement d'au moins 50% essentiellement en raison de ses troubles psychologiques. Il a constaté en outre que l'assuré n'avait pas consulté de rhumatologue depuis 2002.

Le 12 décembre 2007, le Dr N._____ du Service médical régional AI (ci-après SMR) et spécialiste en médecine physique et

rééducation, a pratiqué un examen clinique rhumatologique sur l'assuré. Il ressort de son rapport du 22 janvier 2008 notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- AUCUN SUR LE PLAN OSTÉOARTICULAIRE.

- sans répercussion sur la capacité de travail

- DORSOLOMBALGIES CHRONIQUES SUR TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS (M54.5).
- STATUS APRÈS CURE DU CANAL CARPIEN BILATÉRAL.
- STATUS APRÈS EPICONDYLITE BILATÉRALE TRAITÉE PAR CHIRURGIE ET SYNDROME D'ÉPITROCHLÉITE BILATÉRALE TRAITÉE CHIRURGICALEMENT.
- LITHIASE RÉNALE DROITE RÉCIDIVANTE.
- DIABÈTE DE TYPE II NON INSULINODÉPENDANT.
- SURCHARGE PONDÉRALE.
- DÉCONDITIONNEMENT MUSCULAIRE GLOBAL ET FOCAL.

APPRÉCIATION DU CAS

Assuré âgé de 56 ans, au bénéfice d'une demi-rente depuis 2001 pour troubles d'ordre psychique. Lors de la révision de janvier 2007, le médecin traitant atteste une aggravation de l'état de santé de l'assuré sur le plan somatique, avec apparition de dorsolombalgies chroniques, en relation avec des troubles ostéoarticulaires dégénératifs et une surcharge pondérale. Il estime la capacité de travail résiduelle de tout au plus 30%, au vu des atteintes somatiques et psychiatriques.

A l'examen clinique, nous sommes en présence d'un assuré en bon état général, présentant quelques stigmates d'éthylisme chronique, partiellement mis en évidence par l'anamnèse. Sur le plan ostéoarticulaire, aucune limitation dans les amplitudes articulaires n'a été objectivée lors de l'examen clinique.

Sur le plan neurologique hormis une hypoesthésie à la face antérieure à la cuisse droite, en relation avec une lésion du nerf génito-fémoral, à la suite de cures de hernie inguinale à droite, l'examen de médecine générale ne met pas en évidence de trouble particulier, hormis une surcharge pondérale. A signaler l'absence de mise en évidence de signe de non organicité selon Smythe, en faveur d'un processus de type fibromyalgie. En ce qui concerne les signes de non organicité selon Waddell, mise en évidence de 2/5 signes (expression verbale algique handicapant sans substrat organique sous-jacent et en absence de traduction clinique en faveur d'une souffrance ou d'empêchement quelconque).

En conclusion, cet assuré présente des troubles dégénératifs du rachis dorsolombaire, associés à des troubles statiques et à un déconditionnement musculaire, en relation avec l'absence d'activité physique ou professionnelle de façon suivie. L'examen clinique, réalisé au SMR, n'a pas mis en évidence d'atteinte à la santé à caractère incapacitant de longue durée, sur le plan somatique. Les

antécédents chirurgicaux de l'assuré (intervention par canal carpien bilatéral, épicondylite chronique et épitrochléite) sont des atteintes de la santé datant de nombreuses années, qui n'ont pas empêché l'assuré d'exercer une activité professionnelle par la suite, sans limitation.

Les douleurs dorsolombaires mises en avant actuellement comme invalidantes s'appuient sur des troubles dégénératifs mis en évidence par les documents radiologiques, mais sans traduction clinique sous la forme de diminution d'amplitude articulaire ou de trouble neurologique associé. De ce fait, l'expert estime que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans toute forme d'activité respectant les consignes d'épargne du rachis et ceci, après un réentraînement et un reconditionnement à l'effort progressif.

La composante de non organicité, dans les plaintes de l'assuré, est certainement potentialisée par la pathologie psychiatrique présentée.

Les limitations fonctionnelles

En l'absence de mise en évidence d'atteinte à la santé à caractère incapacitant sur le plan somatique, aucune limitation fonctionnelle n'est établie. Toutefois, en présence de troubles dégénératifs et au vu de l'âge de l'assuré (56 ans), il lui est conseillé de privilégier des activités qui épargnent le rachis.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Sur la base des documents mis à notre disposition, l'assuré est au bénéfice d'une demi-rente, pour raisons psychiatriques, depuis 2001. Aucune atteinte à la santé, d'ordre somatique, n'a été retenue à caractère incapacitant chez cet assuré.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Stationnaire.

Concernant la capacité de travail exigible, en l'absence de mise en évidence d'atteinte la santé à caractère incapacitant sur le plan somatique, l'expert considère que cet assuré présente une pleine capacité de travail dans quelque activité que ce soit. Au vu des troubles dégénératifs présentés et de l'âge de l'assuré (56 ans), il lui est conseillé de privilégier des activités épargnant le rachis et à faibles charges physiques. Par ailleurs, étant donné que l'assuré présente un déconditionnement musculaire global et focal, en relation avec l'absence d'activité physique et professionnelle depuis de nombreuses années, une période de réadaptation à l'effort et au travail de trois mois est indiquée.

A signaler que l'assuré a entrepris une activité en tant que concierge, depuis le mois de mars 2007 (activité partielle apportant un revenu de Fr 460).

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 50%

(DANS QUELQUE ACTIVITÉ QUE CE SOIT POUR RAISONS PSYCHIATRIQUES). DEPUIS LE : 2001."

Le 22 février 2008, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande d'augmentation de rente. L'assuré a formé des objections à ce projet.

Par décision du 3 avril 2009, l'OAI a refusé d'augmenter la rente invalidité de l'assuré au motif que le SMR ne pouvait confirmer l'aggravation somatique avancée par le Dr J._____ et que son état de santé psychique était par ailleurs stationnaire.

D. Le 4 avril 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de révision de sa situation motivée par des "problèmes neurologiques au bras droit et aux cervicales ayant nécessité une opération et un suivi [...], d'où [une] incapacité augmentée sur le plan physique et [une] aggravation de [s]on état psychique".

Dans un rapport médical du 31 mai 2010, le Dr J._____ a confirmé que l'assuré se plaignait depuis novembre 2009 de cervico-brachialgies droite non déficitaires mais invalidantes dans un contexte de troubles dégénératifs de la colonne cervicale et d'un syndrome du tunnel carpien droite opéré le 23 mars 2010 et que devant l'absence d'amélioration, son patient était suivi par la consultation d'antalgie de l'hôpital de [...], ses douleurs du MS s'ajoutant aux dosro-lombalgies chroniques.

Dans un rapport médical du 21 juin 2010, le Dr B._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de cervicobrachialgie droite avec suspicion d'une irritation radiculaire C7 d'origine éventuellement diabétique, de syndrome du tunnel carpien sensitivomoteur droit, de dorso-lombalgies chroniques sur spondylarthrose, de diabète de type non insulinorequérant et d'état dépressif sous traitement psychothérapeutique et psychopharmacologique et a estimé que ces diagnostics avaient un effet sur la capacité de travail de l'assuré.

Il ressort également de ce rapport ce qui suit :

"1.4

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)

Ce patient de 58 ans souffre sans facteur déclenchant depuis 5 mois d'une douleur qui irradie de l'épaule droite jusque dans la nuque et qui descend également jusque dans la partie dorsale de l'avant-bras droit et dans le 4^{ème} et 5^{ème} doigt de la main droite. Les douleurs sont maintenant présentes en permanence, accentuées pendant la journée et également amplifiées par tout effort et un travail au-dessus de la tête. Il y a moins de symptomatologie pendant la nuit. Associé il y a des paresthésies dans le 4^{ème} et 5^{ème} doigt et depuis quelques temps aussi dans le pouce et l'index droits. Dans la même région il y a aussi un engourdissement, parfois il y a des lâchages d'objets. Quelques fois il sent aussi des secousses électriques qui descendent de la nuque jusque dans la main.

Le patient est autrement suivi par le Dr M. _____ pour un état dépressif qui est actuellement plutôt accentué. Vous connaissez le patient également pour son diabète de type non insulino-dépendant. Il y a un status après consommation excessive d'alcool, status après opération d'une épicondylite et d'une épitrochléite à droite."

Dans ce même rapport, à la question "quels sont les travaux qui peuvent encore être exigés de la personne assurée, compte tenu des limitations dues à l'état de santé, dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap ?", ce médecin a estimé en substance que les différentes activités listées dans le formulaire de l'OAI à savoir, notamment, les activités uniquement en position assises ou debout, les activités dans différentes positions, les activités exercées principalement en marchant, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, en rotation en position assise/debout, monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers, etc., pouvaient être encore exigées à 50% dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap. Ce médecin a signalé enfin que l'assuré s'occupait d'une conciergerie dans son immeuble et qu'en substance, selon l'anamnèse, il devrait lui être possible de continuer l'activité actuelle.

Dans un rapport médical du 1^{er} juillet 2010, le Dr M. _____ a indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire et a renvoyé à son précédent rapport pour ce qui concerne les diagnostics avec effet sur sa capacité de travail.

Il ressort de ce rapport en outre ce qui suit :

"1.7

Questions sur l'activité exercée à ce jour

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?

Oui, psychologiquement mais pas physiquement

Comment se manifestent-elles au travail?

--

D'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore exigible?

oui

non

A quel degré?

50%

Le rendement y est-il réduit?

Non psychologiquement, oui physiquement

Si oui pourquoi? Dans quelle mesure?

--

Dans quelle mesure (heures par jour), avec quel profit du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap est-elle possible?

--".

Dans ce même rapport, à la question "quels sont les travaux qui peuvent encore être exigés de la personne assurée, compte tenu des limitations dues à l'état de santé, dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap?", ce médecin a estimé en substance que les limitations pour les différentes activités listées dans le formulaire de l'OAI à savoir, notamment, les activités uniquement en position assises ou debout, les activités dans différentes positions, les activités exercées principalement en marchant, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, en rotation en position assise/debout, monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers, etc., étaient d'ordre physique et non psychique. Il a en outre indiqué que la capacité d'adaptation de l'assuré était limitée dans la mesure où il s'agit d'un sujet rigide et caractériel qui ne tolère pas la hiérarchie et les conflits.

Dans un rapport médical du 17 août 2010, le Dr J._____ a fait état d'un état de santé aggravé et a posé les diagnostics suivants comme ayant un effet sur la capacité de travail de l'assuré :

- "- Etat dépressif chronique (F 32.9)
- Dorsolombalgies chroniques sur spondylarthrose dorsolombaire étagée, discopathie L4-L5 et L5-S1, rétrécissement du canal lombaire secondaire à une hypertrophie des ligaments jaunes.
- Cervico-brachialgies D sur probable irritation radiculaire de C7
- Douleur de l'épaule droite sur conflit sous-acromial, tendinopathie du long chef du biceps et arthropathie acromio-claviculaire.
- Surplus pondéral
- Status après cure d'un syndrome du tunnel carpien
- Acouphènes bilatéraux non pulsatiles."

Il ressort également de ce rapport que :

"1.4

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)

Depuis novembre 2009, en plus des dorsolombalgies chroniques récidivantes, M. Z._____ se plaint de cervico-brachialgies D non déficitaire dans le cadre d'un syndrome du tunnel carpien qui a été opéré le 23.03.2010 avec une légère amélioration des paresthésies de la main mais persistance de douleur invalidante dans la région cervicale et brachiale D. Une IRM cervicale a été faite le 30.12.2009 montrant une discopathie dégénérative C5-C6 sans signe d'hernie discale ou d'une compression radiculaire. La RX standard de la colonne cervicale démontre une cervicarthrose. Un examen neurologique chez le Dr B._____ avec EMG a été compatible avec une irritation radiculaire C7 d'origine éventuellement diabétique. Devant la persistance de la symptomatologie douloureuse, M. Z._____ est suivi depuis la fin du mois de mai à la consultation d'antalgie de l'hôpital de [...] par le Dr L._____ qui a procédé dans un premier temps à un traitement conservateur sous forme de TENS et du Lyrica sans amélioration notable. Enfin, M. Z._____ a consulté le Dr W._____ chirurgien orthopédiste spécialiste de l'épaule à la consultation du Centre hospitalier Z._____ le 16.07.2010 qui a diagnostiqué un conflit sous-acromial, tendinopathie du long chef du biceps et arthropathie acromio-claviculaire de l'épaule droite, traité actuellement par physiothérapie.

Mis à part ces troubles somatiques, M. Z._____ souffre toujours d'un état dépressif pour lequel il a repris un suivi régulier à la consultation du Dr. M._____, psychiatre, depuis le milieu de l'année 2009. Il prend également régulièrement du Seroquel 25mg/j.

Pronostic

Le pronostic sur le plan somatique reste très réservé avec une possible aggravation des douleurs. Sur le plan psychiatrique, l'état dépressif est très fluctuant et peu s'aggraver dans le futur."

Dans ce même rapport ce médecin a précisé que "[l]a capacité de travail exigible [de l'assuré] dans l'activité habituelle ne dépasse probablement pas 20%. Dans une activité adaptée, la capacité de travail pourrait être de 40%".

Il ressort d'une fiche d'examen du dossier du 27 août 2010 notamment que l'assuré touche un salaire mensuel de 460 fr. en rapport avec l'activité de concierge qu'il s'occupe.

Il ressort d'un avis SMR du 5 octobre 2010 émanant du Dr K. _____ ce qui suit :

"Remarques

L'assuré s'occupe d'une petite conciergerie.

Le Dr M. _____, psychiatre, atteste que l'assuré, sur le plan psychique, à une CT de 50%, mais l'empêchement est physique.

Son médecin traitant, le Dr J. _____, atteste dans ses rapports du 31.05.2010 et du 17.08.2010, que l'état de santé s'est aggravé, son rapport n'apporte aucun élément nouveau par rapport à l'examen clinique du SMR du 22.01.2008.

Le fait que le médecin traitant retienne une CT de 40% n'est pas fondé sur une aggravation objective de l'état de santé de l'assuré. Par conséquent, les conclusions de l'examen clinique du SMR du 22.01.2008 sont toujours d'actualité."

Par projet de décision du 19 octobre 2010, l'OAI a fait savoir à l'assuré, qu'il entendait refuser l'augmentation de la rente d'invalidité du fait que sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée à son état de santé était inchangée, aucun élément objectif confirmant une aggravation susceptible de modifier le droit à une rente partielle.

Par courrier du 15 décembre 2010, Me Flore Primault, conseil de l'assuré, a relevé que des éléments nouveaux, non pris en compte par le Dr K. _____, démontraient que l'état de santé de l'assuré s'était objectivement aggravé.

Dans un avis médical du 10 janvier 2011, le Dr N. _____, du SMR a considéré notamment que :

"Certes que dans le dossier il y a des éléments nouveaux, mais ces éléments s'intègrent dans l'évolution naturelle des troubles dégénératifs.

Les limitations fonctionnelles restent celles d'épargne du rachis et de faibles charges physiques en rajoutant pas de travail avec les bras au dessus de la tête.

Au regard des éléments nouveaux, il y a une modification des limitations fonctionnelles, mais ceci ne change pas la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée."

Il ressort d'un avis juriste de l'OAI du 4 avril 2011 ce qui suit :

"(...)

Par avis daté du 11 janvier 2011, le médecin du SMR, tout en reconnaissant l'apparition d'éléments nouveaux et que ceux-ci s'intègrent dans l'évolution naturelle des troubles dégénératifs estimait que la capacité de travail [de l'assuré] était toujours de 50%.

Malgré tout, une nouvelle limitation est retenue : pas de travail au dessus de la tête.

Lors du précédent rapport du SMR, daté du 5 octobre 2010, le médecin considérait sans explication que l'aggravation attestée par le médecin traitant n'était pas objectivée et que par conséquent, nous pouvions toujours nous fier sur les conclusions de l'examen clinique du SMR établi le 22.01.2008.

Nous relevons encore que le médecin traitant a retenu une incapacité de travail de 40%.

Nous ne pouvons pas nous appuyer sur les avis précités pour maintenir le droit à la demi-rente pour les motifs suivants :

Le SMR ne peut pas sans autre remettre en question la capacité de travail attestée par un médecin uniquement sur dossier d'autant plus que dans le cas d'espèce, nous sommes dans une situation de maladie évolutive avec des atteintes nouvelles objectivées.

Le fait de considérer que ces nouvelles atteintes n'ont aucune influence sur la capacité de travail et que l'on peut se référer à un examen clinique qui remonte à plus de deux ans n'est basée que sur une appréciation divergente de celle du médecin traitant.

Par conséquent, nous considérons que nous devons objectiver notre avis par une actualisation des conséquences de l'état de santé de l'assuré par un nouvel examen clinique. Cet examen nous semble d'autant plus indispensable que l'état de santé est évolutif."

Un nouvel examen clinique rhumatologique a été pratiqué sur l'assuré le 10 mai 2011 par la Dresse A._____, du SMR et ancienne médecin-chef adjointe en physiatrie. Il ressort du rapport de cette praticienne du 11 juillet 2011 notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- *avec répercussion durable sur la capacité de travail*

- CERVICALGIES AVEC IRRADIATIONS DANS LE MEMBRE SUPERIEUR GAUCHE DANS LE CONTEXTE D'UN TROUBLE STATIQUE ET DEGENERATIF (M50.3)
- PERIARTHRITE SCAPULO-HUMERALE DROITE DANS LE CONTEXTE D'UN CONFLIT SOUS ACROMIAL ET D'UNE PROBABLE TENDINOPATHIE DU SUS-EPINEUX (M75.8)

- *sans répercussion sur la capacité de travail*

- DORSO-LOMBALGIES DANS LE CONTEXTE DES TROUBLES STATIQUES ET DEGENERATIFS AVEC DYSBALANCES MUSCULAIRES (M54.5)
- EXCES PONDERAL (BMI 28.5)
- DIABETE NON INSULINODEPENDANT EQUILIBRE
- STATUS POST PLUSIEURS INTERVENTIONS POUR SYNDROME DU TUNNEL CARPEIN DDC, DES EPICONDYLITES ET D'EPITHROCHLEITES".

APPRÉCIATION DU CAS

(...)

En résumé, cet assuré présente un problème rachidien et de l'épaule droite : les lombalgies plutôt situées à droite n'ont pas changé depuis des années et surtout pas depuis l'examen clinique SMR en fin 2007, elles ne gênent l'assuré que quand il fait des mouvements de flexion en avant et d'extension. A ce niveau-là, il n'y a donc pas de changement, les limitations fonctionnelles restent les mêmes, c'est-à-dire il faut privilégier une activité qui permet d'épargner le rachis. Par contre, il y a une nouvelle atteinte objectivée qui touche d'un côté les cervicales et de l'autre l'épaule droite. Cette dernière est limitée par un conflit sous-acromial avec tendinopathie probable du sus-épineux et la colonne cervicale montre des troubles statiques et dégénératifs notamment une discarthrose C6-C7, protrusive et sans compression radiculaire ou médullaire démontrée. Ces troubles dégénératifs sont relativement fréquents dans la tranche d'âge de l'assuré, mais il en découle des limitations fonctionnelles complémentaires à celles déjà formulées (épargne rachidienne). Vu l'état global, une activité adaptée à ces limitations reste toujours exigible à au moins 50%.

Limitations fonctionnelles

Sur le plan ostéo-articulaire, il faut éviter des positions statiques prolongées en extension de la nuque ou en rotation maximale. L'assuré ne peut pas travailler avec son bras droit au-delà de l'horizontale et devrait éviter les mouvements répétitifs de rotation-

abduction ou de flexion. Le port de charges est limité à 5 kg de ce côté-là, à 15 kg globalement.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

L'assuré bénéficie d'une demi-rente depuis octobre 2001. La nouvelle atteinte ostéo-articulaire date d'il y a deux ans, mais ne change pas la situation globale.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

50% depuis 2001.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE : 50%
DANS UNS ACTIVITE ADAPTEE : 50% DEPUIS LE : 2001"

Dans un avis médical d'audition du 19 juillet 2011, le Dr O. _____, du SMR a écrit ce qui suit :

"La conclusion est que cet assuré présente un problème rachidien et de l'épaule droite : les lombalgies plutôt situées à droite n'ont pas changé depuis des années et surtout pas depuis l'examen clinique SMR en fin 2007, elles ne gênent l'assuré que quand il fait des mouvements de flexion en avant et d'extension. A ce niveau-là, il n'y a donc pas de changement, les limitations fonctionnelles restent les mêmes, c'est-à-dire il faut privilégier une activité qui permet d'épargner le rachis. Par contre, il y a une nouvelle atteinte objectivée qui touche d'un côté les cervicales et de l'autre l'épaule droite. Cette dernière est limitée par un conflit sous-acromial avec tendinopathie probable du sus-épineux et la colonne cervicale montre des troubles statiques et dégénératifs notamment une discarthrose C6-C7, protrusive et sans compression radiculaire ou médullaire démontrée. Ces troubles dégénératifs sont relativement fréquents dans la tranche d'âge de l'assuré, mais il en découle des limitations fonctionnelles complémentaires à celles déjà formulées (épargne rachidienne). Vu l'état global, une activité adaptée à ces limitations reste toujours exigible à au moins 50%."

Dans une fiche d'examen interne de l'OAI du 2 août 2011 relative à l'assuré, le gestionnaire en charge du dossier a relevé que "[i]nitiallement, aucun calcul du préjudice n'avait été fait".

Par décision du 15 septembre 2011, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidé de l'assuré au motif que, sur la base des renseignements en sa possession et de l'avis du SMR, sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée à son état de santé était restée

inchangée et qu'aucun élément objectif ne confirmait une aggravation susceptible de modifier son droit à la rente partielle (50%).

E. Par acte du 18 octobre 2011, Z._____ a fait recours contre cette décision par l'intermédiaire de son conseil et a produit un bordereau de pièces dont ressortent en particulier les documents suivants :

- Un rapport médical du 23 mars 2011 du Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel il pose les diagnostics de lésion partielle du tendon sus-épineux de l'épaule droite sur un conflit sous-acromial, de cervicobrachialgies droite, de diabète de type II et de spondylarthrose multi-étagée. Ce médecin a indiqué en outre que "M. Z._____ est actuellement à 50% à l'AI. Pour les autres 50%, il travaille comme décorateur indépendant. Son travail est rendu de plus en plus difficile compte tenu de la symptomatologie douloureuse."

- Un protocole opératoire du 15 juillet 2011 établi par le Dr Q._____ dont il ressort que l'assuré a été opéré le 13 juillet 2011 de l'épaule droite par une acromioplastie arthroscopie avec tenotomie du long chef du biceps.

A l'appui de sa position, le recourant fait valoir comme premier grief que le SMR n'a pas pris en comptes des éléments médicaux importants. A ce titre, le recourant considère que le rapport de le Dresse A._____ se base sur un dossier incomplet dans la mesure où cette praticienne n'a semble-t-il pas disposé du rapport médical du Dr Q._____ du 23 mars 2011 ni n'a eu connaissance de l'opération effectuée par ce praticien le 13 juillet 2011, puisque cette opération est postérieure à son rapport.

Comme deuxième grief, le recourant relève que l'OAI n'a pas procédé à une appréciation globale de son l'état de santé physique et psychique. A ce titre, le recourant constate que la Dresse A._____ n'a pu se déterminer que sur la partie rhumatologique "et non sur le reste" et a

donné son opinion sur sa capacité de travail en ce qui a trait à ses limitations physiques uniquement. Dans ce cadre, elle a reconnu une capacité de travail exigible de 50% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Ainsi, le conseil du recourant estime-t-il ce qui suit :

"L'on se retrouve donc avec, d'une part, une incapacité de travail de 50% en raison de problèmes physiques, à laquelle s'ajoute une incapacité de travail de 50% en raison de problèmes psychiques.

L'on ne voit pas pour quelles raisons ni sur quelles bases, l'Office AI s'est estimé en droit de décider que ces deux taux se confondaient, si bien que l'incapacité de travail global demeurerait de 50% dans le cas de Monsieur Z._____.

(...)

Procéder comme le fait ici l'Office AI, à savoir se baser d'abord sur une expertise psychiatrique, puis une expertise rhumatologique, puis confondre simplement les taux d'incapacité de travail constatés par chaque expert, ne permet pas de refléter la réalité de l'incapacité de travail global d'un assuré."

Comme troisième grief, le recourant relève en substance que l'OAI n'a pas opéré d'abattement sur le revenu d'invalidité que l'assuré pourrait réaliser, comme l'exige la jurisprudence, alors qu'il ne réalise aucun revenu, que d'importantes limitations fonctionnelles d'ordre physique ont été énumérées par tous les médecins, y compris la Dresse A._____ et qu'il est âgé de 60 ans.

Par courrier du 30 janvier 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours.

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). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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 2008 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), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA), le recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

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 (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

3. En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'augmenter la rente d'invalidité du recourant.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et

4 al. 1 LAI). 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) 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). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). Lorsque sont présentes simultanément des atteintes sur les plans somatiques et psychiques, le taux d'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition ou de la moyenne de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique), mais procède bien plutôt d'une évaluation globale (Meine, L'expert et l'expertise -

critères de validité de l'expertise médicale, in : L'expertise médicale, Genève 2002, pp. 23 ss ; Paychère, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, in : L'expertise médicale, Genève 2002, p. 147 ; TF 9C_460/2010 du 16 décembre 2010, consid. 2.1, 9C_87/2008 du 9 octobre 2008, consid. 3 ; TFA I 131/2003 du 22 mars 2004, consid. 2.3).

c) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, 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. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En outre, en matière d'assurances sociales, s'agissant de l'appréciation des renseignements d'ordre médical, la jurisprudence fédérale attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par les experts et/ou substituer son avis à celui exprimé par ces spécialistes dont c'est précisément le rôle de mettre leurs connaissances particulières au service de la justice pour qualifier un état de fait déterminé (VSI 2000 p. 152 et les références citées).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois être admises avec réserve pour tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008 ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au 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).

d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine, 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

4. a) La comparaison des revenus selon l'art. 16 LPGA s'effectue, en principe, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343, consid. 3.4 et 128 V 29, consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008, consid. 2.1). Ainsi, le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010, consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible

(ATF 129 V 222, consid. 4.3.1 ; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009, consid. 3.1 ; TF I 1034/06 du 6 décembre 2007, consid. 3.3.2.1).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible (cf. TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010) et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé (soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible), le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472, consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323, consid. 3b/bb ; TF I 7/06 du 12 janvier 2007, consid. 5.2 ; VSI 1999 p. 182).

Toutefois, selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175 ; cf. UELI KIESER, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht [ASTG], in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème édition, Bâle 2007, ch. 25 p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF

126 V 75, consid. 5b/aa). A cet égard, il convient de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelle dans lesquelles se trouve la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75, consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge et il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 126 V 75, consid. 5b/bb). Par ailleurs, la déduction globale maximale est limitée à 25% du revenu statistique (ATF 126 V 75, consid. 5b/cc).

En outre, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (TF 9C_393/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.4 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008, consid. 5.1 et les arrêts cités), lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998, consid. 3b et les références citées, in : VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du

30 avril 1991, consid. 3b, in : RCC 1991 p. 329 ; TFA I 329/88 du 25 janvier 1989, consid. 4a, in : RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse – la jurisprudence admettant que tel est le cas à partir d'un âge de 60 ans pour un homme, soit 5 ans avant l'ouverture de son droit à une rente de vieillesse (cf. TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008, consid. 5.2 et la référence citée), il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. TFA I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2 et les références citées).

5. Conformément à 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la

suite (cf. art. 17 al. 2 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a ; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un 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 repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5 et ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; cf. TF 9C_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 4.2).

Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA 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 (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

6. En l'occurrence, il convient donc de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis la décision d'octroi d'une demi-rente AI du 6 août 2004, respectivement celle du 3 avril 2009, justifiant une augmentation de cette prestation.

a) Dans le cas particulier, le recourant a indiqué en substance dans sa demande de révision du 4 avril 2010 que son état de santé s'était détérioré tant sur le plan somatique que psychique et que son degré d'invalidité avait ainsi augmenté. Dans le cadre de son recours, le recourant n'aborde pas la question de l'aggravation de son état psychique. Il n'en demeure pas moins qu'il estime que ses troubles psychiques ont une influence sur l'évaluation globale de sa capacité de travail. Il y a dès lors lieu pour la Cour de céans de se déterminer sur la péjoration éventuelle de l'état psychique du recourant, cet état ayant des liens étroits avec la question litigieuse.

b) Sur le plan psychique, la décision de l'OAI du 6 août 2004 était essentiellement fondée sur les conclusions du rapport d'expertise des Drs P._____ et H._____ du 27 avril 2004. De l'avis de ces experts, le recourant souffrait à l'époque de dysthymie (F34.1) à caractère chronique, de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation épisodique (F10.26) et de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30), ce trouble étant présent depuis l'adolescence et se manifestant par une instabilité émotionnelle, avec des difficultés à soutenir un travail régulier. Ces experts ont estimé en particulier que l'activité habituelle du recourant restait la plus adaptée compte tenu de ses problèmes psychiatriques, mnésiques et de ses difficultés d'adaptation.

Le diagnostic de dysthymie avait aussi été mis en avant par le Dr M._____, psychiatre traitant du recourant, dans son rapport du 6 décembre 2002. A ce diagnostic, ce médecin avait ajouté celui de personnalité état limite à traits passifs-agressifs.

Dans le cadre de la présente procédure de révision, force est de constater que l'OAI s'est fondé exclusivement sur les éléments d'appréciation établis par le Dr M._____ pour évaluer de l'état psychique du recourant. Toutefois, ce spécialiste ne s'est jamais prononcé sur l'ensemble des observations et diagnostics posés par les Drs P._____ et H._____ dans leur rapport de 2004 de même qu'il ne s'est pas prononcé sur leur évolution éventuelle alors que ces experts n'ont pas mis en évidence des troubles psychiatriques strictement superposables à ceux du Dr M._____ et ont en outre évoqué notamment l'existence de troubles mnésiques dont ce médecin n'a jamais fait mention. En définitive, il sied de constater que le Dr M._____ s'est contenté dans ses rapports subséquents à celui du 6 décembre 2002, et notamment celui du 1^{er} juillet 2010, de renvoyer à ses propres rapports pour ce qui concerne le diagnostic, indiquant pour le surplus que l'état psychique du recourant était stationnaire, sans motivation, en l'absence d'anamnèse et d'observations cliniques.

En outre, le Dr J._____, médecin traitant du recourant, atteste dans son rapport du 17 août 2010 que ce dernier souffre d'un état dépressif (F32.9), distinct de la dysthymie (F34.1), ce que confirme par ailleurs le Dr B._____ dans son rapport du 21 juin 2010. Ce trouble psychiatrique viendrait ainsi s'ajouter aux autres troubles du recourant. Force est de constater toutefois que l'OAI ne s'est pas prononcé sur ses atteintes éventuelles et qu'il ne les a pas investiguées. Il est dès lors impossible à la Cour de céans de déterminer si cet état dépressif existe et si oui quel est son état de gravité et son influence éventuelle sur le degré d'invalidité du recourant.

Au regard de ce qui précède, le Cour de céans ne peut que constater que l'état psychique du recourant n'a, en réalité, jamais été correctement réévalué dans son ensemble depuis 2004, soit depuis 7 ans environ au moment de la décision litigieuse. Il apparaît ainsi que le dossier de la cause ne saurait être considéré comme instruit à satisfaction de droit sur le plan psychique. La Cour de céans n'est dès lors pas en mesure de se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant sur ce plan, alors que

c'est précisément cet aspect qui a motivé l'octroi de sa demi-rente en 2004.

c) Sur le plan somatique, on relèvera d'emblée qu'aucun trouble physique, en particulier rhumatologique, n'a été considéré en 2004 comme incapacitant pour fonder la décision d'octroi de la demi-rente du recourant.

Dans son rapport du 12 décembre 2007, le Dr N._____ a estimé qu'il n'existait aucun diagnostic sur le plan ostéoarticulaire ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant tout en indiquant que les douleurs dorsolombaires mises en avant par ce dernier s'appuyaient sur des troubles dégénératifs mis en évidence par les documents radiologiques, mais sans traduction clinique sous la forme de diminution d'amplitude articulaire ou de trouble neurologique associé. En conséquence, ce médecin a estimé que le recourant présentait en 2007 une pleine capacité de travail sur le plan somatique dans toute forme d'activité respectant l'épargne du rachis et à faibles charges physiques tout en indiquant que sa capacité de travail exigible était de 50% dans son activité habituelle ainsi que dans quelque activité que ce soit pour des raisons uniquement psychiatriques.

Dans son rapport du 31 mai 2010, le Dr J._____ a attesté de l'existence de cervicobrachialgies droites non déficitaires mais invalidantes dans un contexte de troubles dégénératifs de la colonne cervicale. Il a également indiqué que les douleurs du MS du recourant s'ajoutaient à ses dorso-lombalgies chroniques. Dans son rapport du 17 août 2010, ce praticien a en outre estimé que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle ne dépassait probablement pas 20% tout en précisant que dans une activité adaptée, la capacité de travail de ce dernier pourrait être de 40%.

Dans son rapport médical du 21 juin 2010, le Dr B._____ a, quant à lui, estimé en substance que le recourant présentait notamment une cervicobrachialgie droite avec suspicion d'une irritation radiculaire C7

d'origine éventuellement diabétique, des dorso-lombalgies chroniques sur spondylarthrose et que les activités listées dans le formulaire de l'OAI (notamment les activités uniquement en position assises ou debout, accroupi, à genoux, en rotation, etc.) n'étaient exigibles qu'à 50% dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap physique.

Quant au Dr M._____, on relèvera qu'il mentionne clairement dans son rapport du 1^{er} juillet 2010 une diminution de rendement du recourant pour des raisons physiques avant de préciser que sa capacité à pouvoir effectuer les travaux qui pourraient encore être exigées de lui (à savoir des activités en position assise, debout, penché, accroupi, etc.) était également limitée pour des raisons physiques et non psychiques. Sur ce point, la Cour de céans constate que le SMR, dans son avis du 5 octobre 2010, relève que ce médecin "atteste que l'assuré, sur le plan psychique a une CT de 50%, mais [que] l'empêchement est physique".

Dans son rapport d'examen rhumatologique du 11 juillet 2011, la Dresse A._____ a considéré que le recourant présentait des atteintes somatiques qui avaient des répercussions durables sur sa capacité de travail, à savoir une cervicalgie avec irradiation dans le membre supérieur gauche dans un contexte de trouble statique et dégénératif (M50.3) et une périarthrite scapulo-huméral droite dans un contexte de conflit sous acromial et d'une probable tendinopathie du sus-épineux (M75.8). Ce médecin a ainsi indiqué que le recourant avait des limitations fonctionnelles sur le plan ostéoarticulaire et qu'il fallait éviter des positions statiques prolongées en extension de la nuque ou en rotation maximale et que le recourant ne pouvait travailler avec son bras droit au-delà de l'horizontale et devait éviter les mouvement répétitifs de rotation-abduction ou de flexion ainsi que des ports de charges supérieures à 5 kg du côté droit et 15 kg globalement. Cette praticienne a conclu que la capacité de travail exigible du recourant était de 50% depuis 2001 dans son activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée, les nouvelles atteintes somatiques objectivées ne changeant pas sa situation globale.

La Cour de céans relève toutefois qu'en concluant dans le cadre de son rapport du 11 juillet 2011 que la capacité de travail exigible du recourant dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée restait de 50%, la Dresse A._____, spécialiste en physiothérapie, a tenu compte de son état psychiatrique pour faire une évaluation globale. En outre, son rapport ne tient a priori pas compte de celui établi par le Dr Q._____ en date du 23 mars 2011 (confrère que cette praticienne ne fait que mentionner dans la cadre de son anamnèse générale (p. 2 de son rapport)), de sorte que l'on ne saurait être certain, au niveau de la vraisemblance prépondérante, que l'examen et l'analyse de la Dresse A._____ repose sur un dossier complet sur le plan rhumatologique.

On relèvera par surabondance que l'OAI, respectivement le SMR, n'ont pas pris en considération le protocole opératoire établi par le Dr Q._____ le 15 juillet 2011. On ignore ainsi l'impact de cette opération sur la capacité de travail du recourant sur le plan somatique. Dès lors, l'instruction du dossier sur le plan somatique s'avère également incomplète et ne permet pas à la Cour de céans d'évaluer le degré d'invalidité du recourant sur ce plan.

7. a) Aux termes de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. 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 (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références citées). 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 («eine bisher vollständig ungeklärten Frage»), 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 («Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen»); 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) A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à la nature et l'ampleur des atteintes – psychiques et somatiques – dont souffre le recourant et quant à leurs conséquences sur sa capacité de travail. L'instruction menée par l'OAI est manifestement lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. En préférant statuer en l'état, sans chercher à élucider les points précités, l'OAI a non seulement constaté les faits de façon sommaire, mais a encore failli à son devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il avait besoin (art. 43 al. 1 LPGA et 69 al. 2 RAI).

En conséquence, le renvoi de la cause à l'OAI s'impose pour complément d'instruction (ATF 137 V 210 précité) sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (comportant notamment des volets psychiatrique, rhumatologique et de médecine générale) au sens de l'art. 44 LPGA et du nouvel art. 72bis RAI afin de préciser les troubles psychiques et somatiques du recourant et définir sa capacité de travail.

En effet, l'OAI est le mieux à même à ce stade d'effectuer cette instruction complémentaire, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la Cour de céans y procède elle-même. Ce

renvoi à l'OAI s'impose d'autant plus qu'en définitive la Cour de céans ne peut également déterminer si l'activité habituelle du recourant, à savoir celle de décorateur, est encore exigible, ce que le Dr J._____ met en doute dans son rapport du 17 août 2010. A ce titre, on relèvera qu'il résulte des rapports du SMR des 10 janvier 2011 et 19 juillet 2011 que la capacité de travail du recourant est de 50% dans une activité adaptée, sans toutefois que cette appréciation n'ait fait l'objet d'une explication ou d'une discussion particulière et sans que le SMR ne se soit prononcé sur l'activité habituelle du recourant.

8. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel a droit à des dépens dont il convient d'arrêter le montant à 2'000 fr. à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 15 septembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cette office pour compléments d'instruction dans le sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires par 400 fr. (quatre cent 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 à Z. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Flore Primault, avocate (pour Z. _____),
- 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 :