

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 août 2014

---

Présidence de      Mme      DESSAUX  
Juges :            M.      Neu et Mme Pasche  
Greffière :        Mme Monod

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17, 43 al. 1 LPGA ; art. 87, 88a et 88bis RAI.**

**E n f a i t :**

**A.** N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant turc né en 1955, est entré en Suisse en 1979 et y a exercé l'activité de tôlier en carrosserie. Il a été licencié par son dernier employeur avec effet au 30 novembre 1997 et a recouru aux services de l'assurance-chômage.

Souffrant de lombo-sciatalgies droites et de gonalgies, exacerbées en début d'année 1998, il s'est trouvé en incapacité totale de travail de longue durée et a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc le 9 septembre 1999 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Cet office a décidé de la mise en œuvre d'une expertise, confiée \_\_\_\_\_ au Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, lequel a rendu son rapport le 25 novembre 2002. Retenant les diagnostics de « trouble somatoforme douloureux sous forme de lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies droites et gonalgies bilatérales », « troubles dégénératifs importants de la charnière lombo-sacrée », « hernie discale L5-S1 extra-foraminale droite », « obésité » et « tachycardie », ce spécialiste a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 50% dans son activité habituelle et de 75% dans une activité adaptée à son état de santé depuis le 17 août 1998.

L'OAI ayant déterminé un préjudice économique théorique arrondi à 47%, l'assuré a été mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité \_\_\_\_\_ dès \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> août 1999 par décisions des 22 avril 2003 et 19 mai 2003.

Saisi d'une opposition formée le 27 mai 2003, l'OAI l'a partiellement admise eu égard à la rectification du montant du quart de rente servi à l'assuré par la caisse de compensation compétente et l'a

rejetée pour le surplus dans une décision sur opposition du 10 novembre 2003, laquelle a été confirmée par jugement du Tribunal cantonal des assurances du 18 mai 2004 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 17 mars 2005 (en la cause I 528/04).

**B.** L'assuré a présenté une demande de révision de son degré d'invalidité le 18 août 2005 des suites d'une aggravation alléguée de son état de santé, s'appuyant sur un rapport de son médecin généraliste traitant, le Dr G.\_\_\_\_\_, du 24 juin 2005.

L'OAI a dès lors sollicité un complément d'expertise auprès du Dr M.\_\_\_\_\_, réalisé le 29 mars 2006. Au terme du rapport corrélatif, établi le 31 mars 2006, ce dernier a pris en compte les diagnostics de « cervico-brachialgies chroniques, lombo-pseudosciatalgies bilatérales chroniques et gonalgies dans un contexte de syndrome douloureux chronique », « troubles dégénératifs sévères de la charnière lombo-sacrée et modérés de la colonne cervicale », « chondromalacie rotulienne et troubles dégénératifs discrets du genou gauche », « status après arthroscopie du genou gauche, méniscectomies et chondroplastie cartilagineuse » et « obésité ». Il a estimé que la capacité de travail dans l'activité de tôlier en carrosserie était réduite à 30%, persistant en revanche à considérer une capacité de travail exigible à hauteur de 75% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré.

Sur la base des conclusions de l'expert et de l'avis du Service médical régional AI (ci-après : SMR), l'OAI a maintenu le taux d'invalidité de 47% précédemment reconnu. Il a ainsi refusé d'augmenter la rente d'invalidité octroyée à l'assuré par projet de décision du 22 avril 2007, confirmé par décision du 22 avril 2008 à l'issue de la procédure d'audition.

Saisi d'un recours, le Tribunal cantonal des assurances l'a rejeté par jugement du 6 octobre 2008, entré en force.

**C.** Une seconde demande de révision des droits de l'assuré a été initiée par le Dr G. \_\_\_\_\_ le 11 juin 2010, tandis que l'OAI a entamé une procédure de révision d'office par envoi du questionnaire correspondant le 8 juillet 2010.

Le praticien précité a complété un rapport à l'adresse de l'OAI le 13 octobre 2010, attestant de l'incapacité totale de travail de son patient depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2010 du fait notamment d'un état dépressif réactionnel sévère et de l'aggravation des gonalgies bilatérales, en dépit d'une méniscectomie externe réalisée en mai 2010. Il a précisé que le suivi de l'assuré était également assumé par les Drs H. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, et P. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre Q. \_\_\_\_\_.

Le 1<sup>er</sup> février 2011, le Dr H. \_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'OAI un tirage du dossier constitué par ses soins dans le cas de l'assuré (incluant les rapports adressés au médecin traitant, les rapports d'examens complémentaires et les protocoles opératoires), tandis que le Dr P. \_\_\_\_\_ a adressé un rapport médical initial en date du 29 août 2011. Celui-ci a confirmé la présence d'un « épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques » depuis août 2010 et considéré une incapacité totale de travail pour toutes activités à compter de juin 2010 du fait de limitations fonctionnelles du registre psychique.

Consulté pour avis, le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin au SMR a recommandé l'organisation d'une expertise psychiatrique de l'assuré en date du 27 septembre 2011.

Selon communication de l'OAI du 31 octobre 2011, ce mandat a été confié au Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a procédé à l'examen de l'assuré le 30 novembre 2011 avec la collaboration d'une interprète de langue turque. Il a établi son rapport le 2

décembre 2011, concluant à l'absence de tout diagnostic psychiatrique susceptible de se répercuter sur la capacité de travail de l'assuré et ne retenant que celui de « dysthymie (F34.1) ». A l'issue d'une brève anamnèse, il a relevé les éléments suivants sous rubrique « Status psychiatrique » :

« La présentation, le contact et la collaboration de l'assuré sont bons, la cognition est dans la norme, l'orientation aux trois modes est bonne, il n'y a ni trouble de mémoire ni ralentissement psychomoteur, ni agitation, le discours est cohérent : on ne retrouve pas de trouble du cours ou du contenu de la pensée, l'assuré partage le focus d'attention. Il est à noter que pendant l'entretien psychiatrique, l'assuré n'adoptera pas de position antalgique. L'assuré se présente comme extrêmement tendu psychologiquement au début de l'entretien et se détendra au fil du temps, il apparaît plaintif et très centré sur ses problèmes mais reprendra un sens de l'humour au cours de l'entretien.

L'examen psychiatrique du 30.11.2011 met en évidence :

- un moral plutôt préservé, sans irritabilité ni tristesse,
- avec fatigabilité anamnétique sans trouble de concentration ni de mémoire,
- avec labilité émotionnelle et dramatisation des difficultés,
- avec ruminations existentielles sans idées noires,
- avec anhédonie partielle : l'assuré apprécie de voir ses petits-enfants mais déclare une absence d'activité propre, il précise qu'il apprécie de voyager en Turquie et en Suisse et d'aller au restaurant,
- sans repli social : il déclare des amitiés et connaissances qui se rencontrent régulièrement,
- sans perte de l'estime de lui-même : il se déclare honnête et sincère,
- le sommeil serait perturbé par des réveils récurrents, l'appétit serait augmenté, la libido serait suspendue depuis trois ans.

L'examen psychiatrique met aussi en évidence l'existence d'éléments en faveur d'angoisses itératives avec sensations d'oppression thoracique, qui passent seules, avec parfois difficulté à gérer le stress (comme lors du présent examen), sans élément en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie, de crise d'anxiété généralisée, de phobie sociale, de la lignée obsessionnelle.

L'examen ne retrouve ni signe floride de la série psychotique ni critère CIM-10 de trouble de personnalité.

Sur le plan algique, l'assuré se plaint de douleurs permanentes des genoux et du MIG [réf. : membre inférieur gauche].

Il déclare une consommation de tabac à hauteur d'un paquet et demi de cigarettes par jour, une consommation nulle d'alcool et drogue illicite. »

L'expert a enfin communiqué son appréciation du cas notamment en ces termes :

« [...] L'examen psychiatrique du 30.11.1011 met en évidence :

- les éléments anamnestiques d'un épisode dépressif diagnostiqué par le psychiatre traitant comme d'intensité sévère, avec irritabilité, troubles du sommeil, anxiété. Le traitement entrepris, psychiatrique intégré, permet une évolution favorable avec selon les dires de l'assuré, une moindre irritabilité perceptible dès début 2011,
- les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec moral préservé, sans irritabilité ni tristesse, avec fatigabilité anamnestique sans trouble de concentration ou de mémoire, labilité émotionnelle et dramatisation, ruminations existentielles sans idées noires, anhédonie partielle, sans repli social, sans perte de l'estime de lui-même, sommeil perturbé par des réveils récurrents, appétit augmenté. Le tableau est particulier de par sa fluctuation, avec à raison de 70% du temps des moments où il se sent moins bien, transpire, ne dort pas, mange et s'isole, à raison de 30% du temps, des moments où il se sent mieux, s'occupe de ses petits-enfants, ce qui le rend heureux de les rencontrer. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie, où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien mais, la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assuré,
- une absence de symptomatologie dépressive actuelle significative d'un diagnostic,
- une absence de symptomatologie anxieuse actuelle significative d'un diagnostic,
- une absence de signe floride de la ligne psychotique et de critère CIM-10 de trouble de personnalité,
- une absence de symptomatologie algique de grande intensité avec détresse, sans comorbidité psychiatrique ni repli social.

Les plaintes somatiques de l'assuré semblent reposer sur des difficultés organiques avec différentes opérations orthopédiques, si bien que le diagnostic de trouble somatoforme persistant ne peut être envisagé, de plus, manqueraient alors la détresse et l'intensité des plaintes. L'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social ne permet pas d'envisager l'aspect incapacitant de cet hypothétique trouble somatoforme.

Nous avons pris bonne note du rapport médical du psychiatre traitant qui mentionne un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) mais le traitement psychiatrique intégré entrepris depuis septembre 2010 permet une évolution lentement favorable, perceptible dès janvier 2011, mentionnée par l'assuré, qui apprécie tout particulièrement depuis le printemps de voyager, d'aller au restaurant et de passer ses vacances de deux mois en Turquie.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitations fonctionnelles psychiatriques.

Il est à noter que l'assuré est au bénéfice de l'aide sociale depuis 2008.

Nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 30.11.2011 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une incapacité de travail de longue durée. »

Fondé sur les conclusions du Dr S.\_\_\_\_\_, le SMR, dans un avis \_\_\_\_\_ du Dr K.\_\_\_\_\_ du 25 janvier 2012, a considéré qu'une aggravation de l'état de santé n'était admissible au motif de dépression que pour la période limitée s'étendant de juin à décembre 2010. Il en a déduit le retour à l'état de santé antérieur dès cette date, soit à une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée, telle que déterminée en son temps par le Dr M.\_\_\_\_\_.

L'OAI a établi un projet de décision le 14 février 2012, prononçant l'augmentation du quart de rente d'invalidité à une rente entière, basée sur un degré de 100%, du 1<sup>er</sup> septembre 2010 au 31 mars 2011, le droit à un quart de rente d'invalidité fondé sur un taux de 47% étant rétabli dès le 1<sup>er</sup> avril 2011.

**D.** L'assuré a contesté ledit projet par courrier du 6 mars 2012, accompagné d'un certificat du Dr P.\_\_\_\_\_, émis à la même date et indiquant notamment ce qui suit :

« [L'assuré] présente une tristesse apparente importante avec une tristesse exprimée, un abattement manifeste, il reste de longs moments sans réagir à son interlocuteur, il semble dépassé par les événements. Il présente un ralentissement moteur et du cours de la pensée. Les troubles du sommeil persistent avec des réveils nocturnes, il doit sortir de chez lui la nuit ou s'alimenter à 4h du matin. Il se recouche mais a de grandes difficultés à s'endormir. Il n'y a pas d'agitation motrice, mais il est irritable et s'emporte fréquemment auprès de ses proches. Il bénéficie d'un traitement médicamenteux en continu [...].

Il se présente régulièrement aux consultations.  
Son état psychique actuel est incompatible avec une activité professionnelle pour une durée vraisemblablement prolongée. [...] »

L'assuré a fait parvenir subséquemment un rapport établi par le Dr H.\_\_\_\_\_ le 16 mars 2012, faisant état de la symptomatologie

douloureuse des deux genoux, consécutive à des « troubles dégénératifs modérés » mis en évidence par radiographies.

Par pli du 7 juin 2012, il a communiqué une attestation du Dr P.\_\_\_\_\_ du même jour, l'autorisant à se rendre en Turquie auprès de ses parents souffrants et précisant que son état de santé était « en cours de stabilisation ».

Ce dernier spécialiste a en outre complété un rapport médical intermédiaire à l'adresse de l'OAI le 31 juillet 2012, aux termes duquel il a maintenu une incapacité totale de travail dans toutes activités dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010. Il a exposé que son patient se trouvait toujours sous traitement médicamenteux et bénéficiait d'une psychothérapie de soutien mensuelle, alors que « la sévérité de l'état dépressif [répondait] mal aux antidépresseurs » au vu de la persistance des symptômes. Son pronostic demeurait sombre quant à la reprise d'une activité lucrative.

Sur questions du Dr K.\_\_\_\_\_ du SMR quant à l'évolution de l'état de santé de l'assuré et sa compliance au traitement, le Dr P.\_\_\_\_\_ a répondu contradictoirement par deux courriers datés du 3 décembre 2012, l'un indiquant que la compliance n'avait pas été contrôlée par dosage sérique, l'autre attestant d'un tel contrôle qui aurait permis de confirmer la prise régulière de la médication antidépressive.

Par avis du 14 janvier 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu l'absence de modification substantielle de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise réalisée par le Dr S.\_\_\_\_\_.

Partant, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision du 14 février 2012 par courrier du 21 janvier 2013, tandis que le Dr P.\_\_\_\_\_ a adressé spontanément un nouveau rapport médical à l'administration en date \_\_\_\_\_ du 14 février 2013. Il a notamment relaté les éléments suivants :

« [...] [L'assuré] a bénéficié d'un prélèvement sanguin pour le dosage de son traitement médicamenteux antidépresseur.

[L'assuré] bénéficie en effet d'un traitement médicamenteux continu :

- Saroten 50 mg/jour
- Cipralax 10 mg/jour
- Anxiolit 21,5 mg/jour

Pour information, le dosage plasmatique du saroten exige un laboratoire spécialisé, ce qui explique que nous n'avons pas le résultat de ce dosage (le saroten est associé à visée anxiolytique et sédatrice et ne peut manifestement être interrompu au vu de l'état clinique du patient). Pour le cipralax, le taux plasmatique correspond à la dose, ce qui témoigne de la prise régulière du traitement antidépresseur. Ce critère est en faveur d'une dépression résistante à deux antidépresseurs et représente un critère de sévérité de la dépression. Depuis le résultat de ce dosage sanguin, la posologie du cipralax a été augmentée à 20 mg/jour.

L'état clinique de [l'assuré] depuis le 11 octobre 2012 :

[L'assuré] reste d'apparence triste, il est physiquement et psychologiquement ralenti. Le discours est pauvre, centré sur la souffrance physique liée à son incapacité physique et au manque d'énergie persistant dans le temps et dès le matin au réveil. S'il est stimulé ou sollicité, le patient se montre irritable, dans l'opposition et s'isole dans sa chambre de longues heures dans la journée. Le saroten permet une sédation nocturne mais le sommeil de [l'assuré] n'est pas réparateur. [L'assuré] est toujours sujet à une tension interne chaque jour et un découragement permanent, il présente des crises de larmes certains jours.

La pensée est rétrécie sur le passé (biographie), la capacité physique à produire qui est perdue. [L'assuré] présente une baisse de l'attention et de la concentration, la mémoire des faits récents est très diminuée. [L'assuré] est fatigué dès le matin au réveil et la fatigabilité est importante.

Pour ce qui est des sorties (au jardin) mentionnées lors de l'expertise psychiatrique sans dosage du cipralax du Dr S. \_\_\_\_\_ en date \_\_\_\_\_ du 2 décembre 2011, et qui font envisager à ce dernier un diagnostic de dysthymie, il faut souligner que ces sorties ne se font que sur injonctions familiales répétées et sur les conseils appuyés des médecins pour éviter un isolement qui est délétère et auto-aggravant pour la dépression. Lors des rares sorties, la productivité de [l'assuré] est nulle, le patient est aussi de toute façon dans l'incapacité de se rendre au jardin seul, il doit s'arrêter à plusieurs reprises du fait de la fatigue à la marche.

De plus, [l'assuré] présente des difficultés à s'exprimer dans la langue française et l'interrogatoire du patient est rendu difficile du fait que [l'assuré] n'accepte pas sa maladie psychique, qu'il en a honte et qu'il ne veut pas parler ouvertement de ses symptômes, encore moins devant un interprète, ce qui rend l'examen médical du patient difficile et nécessairement prolongé, ce qui peut tout à fait perturber l'art du diagnostic.

L'état clinique psychiatrique de [l'assuré] me paraît incompatible avec une activité professionnelle, quelle qu'elle soit, depuis juin 2010. »

La décision de l'OAI - allouant une rente entière pour la période limitée du 1<sup>er</sup> septembre 2010 au 31 mars 2011, le versement

d'un quart de rente d'invalidité étant repris dès avril 2011 - a été expédiée par l'intermédiaire de la caisse de compensation compétente le 28 mars 2013.

**E.** L'assuré, représenté par Me Olivier Carré, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 6 mai 2013, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis avril 2010, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a préalablement sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire du fait de la précarité de sa situation financière. Sur le fond du litige, le recourant a fait grief à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des avis réitérés de son psychiatre traitant, lesquels se trouvaient en contradiction avec le rapport d'expertise - à son sens lapidaire - du Dr S.\_\_\_\_\_. Il a en outre relevé que le registre somatique ne comportait que des documents relativement anciens ou ponctuels, dont le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 16 mars 2012, sans qu'aucune évaluation globale de ses diverses pathologies n'eût été effectuée. Il a considéré « improbable » le maintien effectif d'un degré d'invalidité de 47% durant plus de quinze ans en présence d'atteintes à la santé de nature dégénérative. Était annexé notamment un rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mai 2013, mettant en exergue la stabilisation de la situation du recourant eu égard à ses gonalgies et la problématique psychique suivie par le Dr P.\_\_\_\_\_, laquelle entraverait la reprise de toute activité lucrative. Le recourant se réservait le droit de produire des pièces complémentaires.

Par décision du 28 mai 2013, la juge instructrice a accordé l'assistance judiciaire à l'assuré avec effet au 6 mai 2013 pour la procédure de recours introduite à cette date, dans le sens de la désignation de Me Carré en tant que mandataire d'office, ainsi que d'une exonération d'avances et de frais judiciaires. Le recourant demeurait toutefois astreint à une franchise mensuelle de 50 fr. dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 19 juin 2013, en préavisant le rejet, non sans constater que le rapport du médecin traitant du 1<sup>er</sup> mai 2013 n'apportait aucun élément objectif nouveau. Il a au surplus renvoyé aux avis du SMR des 25 janvier 2012 et 14 janvier 2013.

Le recourant s'est déterminé le 4 juillet 2013, joignant un avis du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, daté du 13 juin 2013, lequel indiquait avoir procédé aux examens du rachis lombaire de l'assuré et préconisait une « demande de révision étayée » de son droit à des prestations AI.

Par pli du 9 septembre 2013, le recourant a adressé à la Cour de céans un rapport de son psychiatre traitant du 19 juillet 2013, où le Dr P.\_\_\_\_\_ a confirmé l'incapacité de travail totale prononcée dans le cas de son patient du fait d'un « état dépressif sévère ». Ce spécialiste a rappelé la teneur de son précédent rapport à l'OAI daté du 14 février 2013, réitérant que la santé psychique de l'assuré ne s'était nullement amendée et exposant que la présence d'un interprète dans le contexte de l'expertise réalisée par le Dr S.\_\_\_\_\_ avait vraisemblablement généré une difficulté d'appréciation supplémentaire. Son patient rencontrait en effet un embarras important à exprimer sa souffrance, craignant le jugement de l'interprète, lequel était au demeurant susceptible de tronquer les questions et les réponses. Au surplus, l'assuré a fourni un tirage des correspondances échangées avec l'OAI des suites du dépôt d'une nouvelle demande de révision de son droit à la rente, datée du 30 juillet 2013.

Sur prolongations de délai successives accordées par la juge instructrice, le recourant a produit différentes pièces médicales complémentaires en date des 31 octobre 2013, 25 novembre 2013 et 27 janvier 2014, à savoir notamment :

- un échange de courriers d'octobre 2013 avec le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en urologie, lequel a confirmé la

vraisemblance d'un diagnostic de carcinome urothélial, également relaté par le Dr G.\_\_\_\_\_ en date du 11 septembre 2013 ;

- un rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 13 novembre 2013 ;
- un rapport du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre Q.\_\_\_\_\_, daté du 16 décembre 2013 ;
- un avis du Dr A.\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2013.

En sus du diagnostic oncologique relaté par le Dr A.\_\_\_\_\_ et de ses effets sur l'état dépressif du recourant, soulignés par le Dr X.\_\_\_\_\_, l'assuré a relevé l'appréciation étayée du Dr D.\_\_\_\_\_ qui a conclu sur le plan somatique à l'impossibilité d'exercer une activité lucrative à un taux supérieur à 50% sous suite d'une baisse de rendement.

Ce dernier spécialiste a procédé à un examen orthopédique du rachis lombaire et neurologique des membres inférieurs pour retenir les diagnostics de « maladie discale dégénérative sévère en L5/S1 avec sténose foraminale L5/S1 bilatérale et syndrome irritatif S1 gauche à traduction clinique », « spondylarthrose lombaire diffuse entraînant un syndrome lombo-vertébral douloureux dans le cadre d'un déconditionnement musculaire global et focal avec une limitation du périmètre de marche à 15 minutes », « surcharge mécanique de l'articulation sacro-iliaque gauche » et « pathologie dégénérative des deux genoux, à prédominance gauche » à compter de janvier 2011.

Il a précisé que « le pronostic des lésions lombaires [était] réservé en raison des sténoses foraminales en L5/S1 prédominant du côté gauche », détaillant les restrictions fonctionnelles suivantes :

- soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 5 kg ;
- marcher longtemps ;
- garder la même posture (debout ou assis) plus de 30 ou 60 minutes ;

- travailler dans une position instable (échafaudages, échelles, escaliers) ;
- effectuer des mouvements répétitifs des membres inférieurs (machine à commande à pied) ;
- travailler en position accroupie ;
- ramper, grimper ;
- effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, extension ou de torsion de la colonne lombaire, même de faible amplitude ;
- monter fréquemment plusieurs escaliers ;
- marcher en terrain accidenté ou glissant ;
- subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale (provoqués par du matériel roulant sans suspension par exemple).

Le recourant a en conséquence maintenu ses conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ou à une instruction complémentaire de sa situation. Il a par ailleurs observé qu'à son sens, le cancer de la vessie – certes diagnostiqué postérieurement à la décision litigieuse – avait déployé ses effets plusieurs mois auparavant, ce qui justifiait d'autant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire sous l'égide de la Cour de céans.

L'OAI s'est déterminé sur les pièces produites par le recourant et les arguments avancés dans une écriture du 4 mars 2014. Il s'est référé à \_\_\_\_\_ un \_\_\_\_\_ avis \_\_\_\_\_ du Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR du 6 février 2014, lequel a concédé de la nécessité de recourir à une expertise orthopédique compte tenu d'une aggravation plausible de l'état de santé de l'assuré. L'intimé a en conséquence proposé l'organisation d'une telle mesure d'instruction.

Par correspondance du 30 avril 2014, le recourant a insisté sur la nécessité d'une expertise également sur le plan psychiatrique, rappelant l'ancienneté du rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ et les griefs formulés à

son encontre. Il a derechef suggéré l'organisation d'une expertise pluridisciplinaire dans le cadre de la procédure judiciaire.

L'OAI a cependant estimé, dans une détermination du 21 mai 2014, que le recourant n'avait pas démontré d'éléments objectifs nouveaux du registre psychique susceptibles de justifier un examen spécialisé.

La juge instructrice a requis la liste détaillée des opérations et débours assumés par Me Carré par courrier du 7 juillet 2014, auquel le mandataire de l'assuré a donné suite en date du 8 juillet 2014.

## **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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi 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).

**c)** In casu, le recours déposé le 6 mai 2013 contre la décision de l'OAI du 28 mars 2013 a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (art. 38 al. 4 LPGA sur renvoi de l'art 60 al. 2 LPGA), et dans le respect des formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2.** Est litigieuse en l'espèce, dans le contexte d'une procédure de révision du droit à la rente initiée en juin 2010, l'appréciation médicale de la situation du recourant sur les plans somatique et psychique, singulièrement l'estimation de sa capacité de travail dans une activité

éventuellement adaptée à son état de santé global, ainsi que le maintien du degré d'invalidité initialement reconnu à hauteur de 47%.

**a)** Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012]), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

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

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2b ; TF [Tribunal fédéral] 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la

diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). 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).

**c)** L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Selon l'art. 88a al. 2 RAI, 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. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie.

**d)** S'agissant des effets d'une modification du droit aux prestations par voie de révision, l'art. 88bis al. 1 RAI vient préciser que l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt : si la révision a été demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (let. a) ; si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue (let. b) ; s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant

l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où le vice a été découvert (let. c).

L'art. 88bis al. 2 RAI stipule que la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; rétroactivement à la date à laquelle elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 (let. b).

**e)** Dans le cas particulier, il convient de rappeler qu'à la suite de la demande initiale de prestations AI, complétée par l'assuré le 9 septembre 1999, l'OAI a reconnu ce dernier invalide à hauteur de 47% et lui a alloué un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 1999 par décisions des 22 avril 2003 et 19 mai 2003. Une décision sur opposition a confirmé ces dernières le 10 novembre 2003, tandis que les recours de l'assuré ont été rejetés successivement par le Tribunal cantonal des assurances le 18 mai 2004 et par le Tribunal fédéral le 17 mars 2005.

Une demande de révision du 18 août 2005 s'est par ailleurs soldée par un refus d'augmentation de la rente d'invalidité, communiqué par décision du 22 avril 2008, laquelle a été confirmée par jugement du Tribunal cantonal des assurances du 6 octobre 2008.

Au stade de la présente procédure, il y a en conséquence lieu de se prononcer sur une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant entre le 22 avril 2008 et le 28 mars 2013, date de la décision mettant un terme à la procédure de révision entamée le 11 juin 2010.

**3. a)** De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant

au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 ; 122 V 34 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrecht, 2<sup>e</sup> éd., 1983, p. 43) et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446). Ces principes, développés en premier lieu en lien avec un élargissement matériel du procès, sont en principe également valables lorsque la contestation a pour objet un état de fait qui produit des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (élargissement temporel ; ATF 130 V 138 consid. 2.1 ; TF 9C\_711/2011 du 26 avril 2012 consid. 3.1).

**b)** A titre préliminaire, il convient de déterminer précisément l'objet de la présente contestation, en principe limitée à l'état de fait régnant à la date de la décision querellée, soit au 28 mars 2013. Le requérant soutient toutefois que la nouvelle atteinte à la santé – cancer de la vessie – dont il est victime, certes diagnostiquée en juillet 2013, aurait

déployé ses effets plusieurs mois auparavant, soit vraisemblablement à compter d'une date antérieure au 28 mars 2013.

L'on ne saurait se rallier à ce raisonnement, étant souligné que le diagnostic corrélatif n'a de fait été définitivement posé qu'à l'issue de l'intervention chirurgicale réalisée par le Dr A. \_\_\_\_\_ le 24 octobre 2013.

Au demeurant, ce spécialiste a précisé, dans un courrier du 17 décembre 2013 au conseil de l'assuré, qu'une telle affection « pour autant que le suivi [fût] régulier et adéquat n'[influait] pas durablement sur la capacité de travail du patient ». Il est donc pour le moins improbable, vu ces éléments, que les effets de cette nouvelle atteinte à la santé eussent été perceptibles à la date du 28 mars 2013, les répercussions de celle-ci se manifestant qui plus est essentiellement d'un point de vue psychique (cf. courriers des Dr G. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ à Me Carré, respectivement datés des 11 septembre 2013 et 16 décembre 2013).

Au surplus, l'on remarquera que les conséquences actuelles du cancer de la vessie ne sont pas connues en l'état de ce dossier et qu'elles ont lieu d'être déterminées dans le cadre de la procédure de révision initiée par l'assuré auprès de l'OAI le 30 juillet 2013.

Partant, il est exclu d'étendre la présente procédure aux faits survenus postérieurement à la décision litigieuse, singulièrement aux répercussions du cancer de la vessie diagnostiqué à l'été 2013.

**4. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie \_\_\_\_\_ ou d'un \_\_\_\_\_ accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de

l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

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 LPGGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

**b)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

**5.** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

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 d'un rapport médical, 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 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).

**6. a)** En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant souffre d'atteintes à la santé somatiques, du fait desquelles il a été mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 1999. L'appréciation constante de l'OAI à cet égard se fonde sur les conclusions d'expert, communiquées par le Dr M. \_\_\_\_\_ les 25 novembre 2002 et 31 mars 2006.

Dans le contexte de la révision initiée le 11 juin 2010, l'intimé a considéré que les conclusions susmentionnées demeuraient valables en dépit de leur relative ancienneté. Il n'a notamment pas jugé utile d'interroger plus avant le chirurgien orthopédique en charge de l'assuré, le Dr H. \_\_\_\_\_, alors qu'il se serait justifié d'insister auprès de ce médecin pour connaître son appréciation de spécialiste quant à la capacité résiduelle de son patient dans une activité adaptée. En dépit du peu de changement des diagnostics retenus auprès du recourant, il eût de même été opportun d'en actualiser les répercussions concrètes, ce précisément en présence d'atteintes à la santé essentiellement dégénératives.

L'on peut dès lors considérer que l'aspect médical de ce dossier n'avait pas été élucidé à satisfaction avant l'émission de la décision litigieuse, faute de document récent, exhaustif et détaillé se prononçant sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assuré sur le plan physique.

Ce constat s'impose d'autant plus au vu des pièces produites au stade de la présente procédure, singulièrement du rapport d'examen établi par le Dr D.\_\_\_\_\_ en date du 13 juin 2013, lequel a rendu plausible une aggravation de l'état de santé somatique global du recourant dès janvier 2011, à tout le moins en termes de limitations fonctionnelles.

L'intimé a d'ailleurs convenu de la plausibilité d'une aggravation antérieure à sa décision, par écriture du 4 mars 2014 après consultation du SMR, dans la mesure où il a proposé la mise en œuvre d'une expertise orthopédique.

**b)** Quant à la problématique psychique alléguée depuis l'été 2010, elle a fait l'objet de l'expertise réalisée par le Dr S.\_\_\_\_\_ le 30 novembre 2011.

Le rapport corrélatif du 2 décembre 2011 ne remplit toutefois à l'évidence pas les réquisitis jurisprudentiels rappelés supra (cf. considérant 5) pour se voir accorder quelque valeur probante, pas plus d'ailleurs que les lignes directrices édictées par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP, Lignes directrices de qualité des expertises dans le domaine de l'Assurance-invalidité, Berne, février 2012).

Le rapport d'expertise en cause doit en effet être qualifié de succinct et lacunaire, à l'instar de ce qu'argue le recourant.

Ce document peine d'emblée à convaincre dès lors qu'il apparaît comme une énumération laconique des listes de critères diagnostiques, en l'absence de toute confrontation aux pièces médicales constituant le dossier du recourant et d'observations cliniques détaillées.

Il contient en outre çà et là des éléments d'anamnèse peu pertinents, consignés sous rubrique « Appréciation du cas » (comme par exemple la mention de la perception de l'aide sociale depuis 2008) sans que l'on n'y voie quelque pertinence avec le sujet discuté.

Précisément sous cette même rubrique, une appréciation médicale étayée fait manifestement défaut, l'expert s'étant limité à reprendre - sans véritable analyse - les constats cliniques précédemment énumérés.

Par ailleurs, le Dr S.\_\_\_\_\_ s'est borné à consigner les déclarations de l'assuré sans se référer aux pièces du dossier asséculoologique, notamment sans mentionner les différents rapports de ses médecins traitants, singulièrement de son psychiatre, le Dr P.\_\_\_\_\_.

L'expert ne s'est aucunement prononcé sur les diagnostics et symptômes mis en exergue à réitérées reprises par ce spécialiste, sans discuter davantage la résistance au traitement avancée par ce dernier. Le Dr S.\_\_\_\_\_ s'est ainsi contenté, à l'issue d'une seule entrevue avec l'assuré, de conclure à une amélioration de son état psychique sur la base de quelques éléments anamnestiques (tels qu'un voyage en Turquie pour prendre soin de ses parents souffrants et des promenades dans le jardin) au mépris des observations du psychiatre traitant allant dans le sens opposé d'une aggravation globale de l'état dépressif. Bien plus, l'expert ne relève même pas cette contradiction, faisant purement et simplement fi des explications de son confrère, le Dr P.\_\_\_\_\_, lequel avait pourtant assumé le suivi du recourant durant plus d'une année à la date de l'expertise.

Vu ce qui précède, il y a lieu de se rallier aux griefs formés par le recourant à l'égard de l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ et de considérer que la problématique psychique diagnostiquée dans son cas n'a pas été instruite à satisfaction.

**7.** Compte tenu des carences dont souffre le dossier de la cause sur le plan médical, il ne saurait être question en l'état de statuer sur la réalisation effective d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 22 avril 2008, pas plus que sur sa capacité de travail

et son degré d'invalidité, un complément d'instruction devant incontestablement être mené à bien au préalable.

**a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). 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 œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

**b)** Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle 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 (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît

disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**c)** En l'espèce, il ne fait pas de doute qu'il incombait à l'OAI - entré en matière sur la demande de révision du 11 juin 2010 - de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation de recourant. Singulièrement, il lui appartenait d'actualiser les éléments somatiques versés au dossier et de compléter le volet psychiatrique, cas échéant, en sollicitant une nouvelle fois l'expert à cette fin ou en confiant un mandat subséquent à un second spécialiste.

Le renvoi à l'intimé se justifie dès lors conformément à la jurisprudence fédérale mentionnée ci-avant.

L'OAI se devra en conséquence d'organiser une expertise pluridisciplinaire de l'assuré, laquelle comprendra des investigations tenant compte de l'ensemble des diagnostics posés sur le plan physique, en sus d'un examen psychiatrique approfondi.

**8.** Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**b)** Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 7 al. 3 TFJAS (Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 francs.

In casu, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé.

**c)** Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le recourant dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré à compter  
du

6 mai 2013 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le 8 juillet 2014, Me Carré a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte du recourant. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à douze heures et trente-quatre minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 150 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 2'603 fr. 65 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'OAI, de sorte que le solde à hauteur de 1'103 fr. 65 est provisoirement supporté par le canton, ce dernier étant subrogé à concurrence de ce montant (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable par renvoi).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 1'103 fr. 65 dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (cf. art. 5 RAJ), la subrogation étant réservée.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 28 mars 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision, au sens des considérants.
  
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre 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 la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.
  
- V.** L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil du recourant, est arrêtée à 2'603 fr. 65 (deux mille six cent trois francs et soixante-cinq centimes), débours et TVA compris.
  
- VI.** Le montant de 1'103 fr. 65 (mille cent trois francs et soixante-cinq centimes), non couvert par les dépens alloués, est provisoirement supporté par le canton, la subrogation de l'État de Vaud demeurant réservée.
  
- VII.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Olivier Carré, à Lausanne (pour N. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :