

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 octobre 2011

---

Présidence de      Mme    THALMANN  
Juges    :      Mme Pasche et M. Perdrix, assesseur  
Greffière :      Mme Donoso Moreta

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**W.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant

et

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

---

**Art. 7 al. 1, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28, 29 al. 1 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 16 novembre 1975, ressortissant portugais au bénéfice d'un permis d'établissement, sans formation, a travaillé comme magasinier, nettoyeur, aide concierge, manutentionnaire puis serveur à plein temps pour le compte du restaurant Q.\_\_\_\_\_ dès février 2005 et jusqu'à son licenciement en juillet-août 2006.

Le 7 avril 2009, la Permanence psychiatrique ambulatoire de J.\_\_\_\_\_ à [...] a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) un formulaire de détection précoce concernant l'assuré, duquel il ressort que ce dernier se trouvait en totale incapacité de travail depuis fin 2006 pour cause de dépression et de trouble douloureux somatoforme persistant. Suite à un entretien avec la division de réadaptation de l'OAI, l'assuré a déposé une demande AI le 29 mai 2009, visant à l'octroi d'une rente.

Dans un rapport médical établi le 12 juin 2009 à l'intention de l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, diagnostique un état anxieux chez une personnalité limite et retient une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de serveur de l'assuré. Il écrit que son patient présente un état anxieux sévère et de panique à évolution lente depuis quelques années, qu'il est connu pour une dépendance aux jeux et que sa situation est grave, car il est incapable de garder une relation normale au travail, du fait qu'il entre rapidement en conflit avec ses collègues et sa hiérarchie en raison d'angoisses graves qui peuvent se manifester par des plaintes somatiques graves. Ce médecin ne se prononce pas sur la possibilité d'une réadaptation et relève que l'assuré suit une thérapie auprès de la Permanence psychiatrique de J.\_\_\_\_\_.

Le 22 septembre 2009, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie au [...], a transmis un rapport médical à

l'OAI, dans lequel il retient, à titre de diagnostics avec effets sur la capacité de travail de l'assuré, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique existant depuis 2008, un trouble douloureux somatoforme persistant depuis 2008, ainsi que du jeu pathologique depuis 2005. L'incapacité de travail est totale depuis le 21 juin 2006. L'activité de manutentionnaire est toutefois déclarée exigible à 50% dans un premier temps, à cause des restrictions suivantes : douleurs aux membres inférieurs gauches et supérieurs gauches, trouble de l'attention, fatigabilité, anxiété, difficultés à entrer en relation avec son environnement. La capacité de travail de l'assuré pourrait toutefois, selon le Dr C.\_\_\_\_\_, atteindre 100% après un travail de réinsertion. Par ailleurs, ce médecin retient notamment ce qui suit :

*« Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)*

M. W.\_\_\_\_\_ est un patient de 35 ans, d'origine portugaise, issu d'une fratrie de trois. Il a un frère aîné d'une année de plus que lui et une sœur cadette de 5 ans de moins. Il est né en France et lorsqu'il a 5 ans, les parents viennent travailler en Suisse et il reste chez sa tante au Portugal. Les enfants rejoignent leurs parents en 1991. M. W.\_\_\_\_\_ décrit plusieurs épisodes de violence et d'abus sexuels de l'âge de 8 ans à 14 ans, perpétrés par sa tante. Il dit avoir été souvent enfermé dans sa chambre avec son frère en raison de son comportement. Le patient décrit depuis sa difficulté à avoir une bonne image de lui-même en raison des abus.

Il décrit actuellement sa difficulté à garder des contacts avec sa famille au Portugal, notamment ses tantes et ses cousines, en raison de leur manque de reconnaissance des épisodes vécus par lui durant l'enfance. Il décrit aussi la difficulté actuelle à reconnaître des rapports de parentèle car il sent une attraction sexuelle lorsqu'il est en présence de sa cousine et de ses tantes. Il dit essayer de maintenir des rapports avec les fils de sa cousine car avec eux, il n'a pas de conflit.

Ses parents ont divorcé et il a actuellement des contacts uniquement avec sa mère. La relation avec son frère est décrite comme conflictuelle, son frère étant autoritaire et agressif envers lui. En 1991, M. W.\_\_\_\_\_ connaît une fille polonaise, qui a deux enfants d'un premier mariage (15 et 20 ans, vivant actuellement avec le couple).

Il débute en Suisse avec un CFC de serveur qu'il a dû arrêter à cause de ses difficultés avec le français. Le patient a travaillé dans la restauration mais a dû interrompre son travail suite à une chute avec son plateau. Suite à son arrêt de travail, il dit avoir reçu son licenciement qu'il aurait vécu comme une injustice. Dans ce contexte, M. W.\_\_\_\_\_ commence à jouer en raison du stress lié à la vie de famille et de ses problèmes d'argent. Selon les dires du

patient, sa femme ne faisait pas grand-chose à la maison, mais avait besoin de beaucoup d'argent pour vivre. En 2005, début de son suivi au Centre du Jeu Excessif par le Dr M.\_\_\_\_\_. Le suivi dure deux ans environ avec une prise en charge pluridisciplinaire mise en place en raison de douleurs et d'une anxiété élevée au premier plan (le Dr L.\_\_\_\_\_ et la Consultation de la Douleur du [...] étaient les référents pour les douleurs chroniques et l'anxiété, le Dr M.\_\_\_\_\_ était le référent pour le Jeu Excessif). Le Centre d'Antalgie relève chez M. W.\_\_\_\_\_ l'existence d'une thymie triste depuis plusieurs mois, avec des troubles du sommeil liés surtout aux douleurs. Le patient se montre anxieux et exprime la crainte de souffrir d'une maladie comme le Parkinson. Il se disait rassuré du discours des médecins mais parfois avait des idées noires. Les douleurs sont mal systématisées, probable expression selon le Centre d'Antalgie, d'une souffrance liée à ses antécédents d'abus perpétrés par sa tante dans l'enfance. Le suivi au Centre du Jeu Excessif est interrompu pour des raisons peu claires.

En décembre 2008, M. W.\_\_\_\_\_ se sépare pour quelque temps de sa femme. Ce changement le soulage et lui permet de retrouver un équilibre précaire. A l'époque, il avait signalé avoir envie de reprendre son travail, mais cela était impossible à cause de ses douleurs. Il dit également avoir bu fréquemment deux bouteilles de whisky lorsqu'il sortait en discothèque. Il semble avoir eu un suivi au Service d'Alcoologie du [...] pour une consommation excessive d'alcool.

M. W.\_\_\_\_\_ prend contact avec le CCPP, envoyé par son médecin généraliste, le Dr L.\_\_\_\_\_, en raison d'une symptomatologie musculaire, surtout au côté gauche, pour laquelle il n'avait pas trouvé d'explications somatiques.

En effet, M. W.\_\_\_\_\_ souffre depuis deux ans environ de douleurs à l'épaule gauche d'apparition spontanée. Depuis une année et demie environ, il a noté une péjoration de ses douleurs ainsi qu'une irradiation des membres supérieurs gauches et des membres inférieurs gauches. Il a été vu par plusieurs spécialistes et tous les bilans se sont montrés dans la norme.

#### *Symptômes actuels / état actuel*

Le tableau clinique actuel est caractérisé par des douleurs du côté gauche, avec des paresthésies et une perte de force (certaines fois, M. W.\_\_\_\_\_ dit devoir se frapper la cuisse gauche car il ne la sent pas du tout), des troubles du sommeil (réveils précoces et difficultés à avoir un sommeil réparateur à cause de ses douleurs et d'une polyurie), des troubles de la concentration, des maux de tête, une perte de poids, des angoisses pendant la journée et un état de tension permanent avec des accès de colère qu'il contrôle avec difficulté (il y a deux mois environ, il aurait frappé à coups de poing un mur en se faisant une fracture de la main droite).

#### *Indications subjectives par le patient / constat objectif*

Le patient présente une thymie triste depuis longtemps et une sensation d'impuissance par rapport à la possibilité d'avancer dans sa vie. Il se plaint d'épuisement, de douleurs, et d'un état de tension

à cause desquels il a des difficultés à rester près de ses enfants lorsqu'il est très énervé. Il décrit la difficulté de gérer ses rapports de couple en raison du manque de reconnaissance de ses efforts pour faire le ménage et préparer les repas quand son épouse travaille.

#### *Pronostic*

Le pronostic est réservé, compte tenu de la chronicité des troubles. Néanmoins, il nous semble que des mesures de réadaptation pourraient permettre à M. W. \_\_\_\_\_ de récupérer une partie de sa capacité de travail. »

Dans un rapport du 30 novembre 2009, le Dr S. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), spécialiste FMH en anesthésiologie, ne retient aucune atteinte à la santé invalidante et une totale capacité de travail dans l'activité habituelle de l'assuré. Il cite, à titre de diagnostics associés non du ressort de l'AI, un trouble somatoforme douloureux persistant et un épisode dépressif moyen. Il motive comme suit ses conclusions :

« Ces médecins [le Dr C. \_\_\_\_\_ et le Dr O. \_\_\_\_\_, médecin assistante à la Consultation de J. \_\_\_\_\_] décrivent un TSDP [trouble somatoforme douloureux persistant], les investigations spécialisées n'ont pu mettre en évidence d'explication somatique, avec des douleurs du côté G, avec des paresthésies et une perte de force. Conjointement aux douleurs, la thymie est triste. Il ne s'agit dès lors pas d'une comorbidité psychiatrique d'une intensité telle d'avoir valeur invalidante. Quant aux critères de Meyer-Blaser, ces dernières sont négatives : l'assuré ne présente pas d'affection corporelle chronique, de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (vie de famille, s'occupe des enfants), pas d'état psychique cristallisé et on ne peut parler d'un échec des traitements.

Au vu de ce qui précède, une valeur invalidante ne peut être attribuée au trouble somatoforme que présente cet assuré. »

Dans un projet de décision du 3 décembre 2009, l'OAI a refusé tout droit de l'assuré à des prestations de l'AI, au motif qu'il ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante et qu'aucun élément objectif n'indique que sa capacité de travail soit limitée. L'assuré n'ayant émis aucune objection, ce projet a été confirmé par une décision du 1<sup>er</sup> février 2010.

**B.** Par acte du 2 mars 2010, W.\_\_\_\_\_ a interjeté recours contre la décision du 1<sup>er</sup> février 2010 et a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, son état de santé ne lui permettant pas de travailler.

Dans sa réponse du 23 septembre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours, estimant que, au vu des renseignements médicaux obtenus, le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail ou des limitations fonctionnelles dans son activité habituelle de serveur ou dans toute autre activité répondant à ses qualifications.

Le recourant a répliqué le 4 janvier 2011. Il a produit notamment les pièces suivantes à l'appui de son écriture :

- plusieurs rapports d'examens d'imagerie médicale faisant notamment état d'une cypho-scoliose dorsale sur Scheuermann modéré et d'une double scoliose dorsale (16 février 2005), d'une opacité nodulaire dense apicale gauche (12 mai 2006), d'une probable sinusite aiguë maxillaire droite (19 avril et 19 mai 2006, 4 février 2009), ainsi que d'une bascule du bassin vers la gauche de 2 cm et d'une scoliose sinistro-convexe suite à une chute (3 mars 2010) ;

- plusieurs rapports établis suite à des consultations médicales de 2000 à 2010 pour des entorses et des douleurs aux membres supérieurs et inférieurs à droite et à gauche ;

- plusieurs rapports médicaux établis suite à des consultations au [...] de 2006 à 2010 pour des douleurs au niveau du sternum et des vertiges qualifiés de malaises vagues ; un rapport établi par le service des urgences de cet établissement conclut le 21 janvier 2010 à un probable syndrome somatoforme, la thymie de l'assuré étant décrite comme triste avec des idées suicidaires ;

- plusieurs rapports médicaux établis à la suite d'interventions chirurgicales, soit l'opération d'une téno-synovite adhérente au tendon

ECU à droite (7 juillet 1997), l'excision d'un kyste arthro-synovial dorsal du poignet à gauche (17 janvier 2000) et la réduction d'une fracture sous-capitale du 5<sup>ème</sup> métacarpien droit avec bascule palmaire et ostéosynthèse par embrochage (24 mai 2009) ;

- un rapport médical établi le 6 juillet 2006 par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie, qui diagnostique des douleurs à l'hémicorps gauche d'étiologie indéterminée, une platypodie bilatérale de degré 2, un PSH gauche (syndrome sous-acromial) et un état anxiodépressif sur conflit professionnel ;

- un rapport médical établi le 23 novembre 2007 par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, duquel il ressort que l'assuré souffre de douleurs à l'épaule et au bras gauches avec une irradiation au niveau du thorax à gauche. En accord avec la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le Dr F.\_\_\_\_\_ conclut qu'une prise en charge plus musclée de la situation anxio-dépressive est prioritaire par rapport à tout autre geste ;

- un rapport médical du 14 août 2008 du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, dans lequel il est noté que l'assuré souffre depuis 2 ans d'une sensation de paralysie du côté gauche, tant au niveau du bras que de la jambe. Le Dr R.\_\_\_\_\_ retient des lombalgies positionnelles au redressement avec une sensation d'endormissement, du membre inférieur gauche plus particulièrement, d'origine indéterminée. Il trouve également des signes en faveur d'une périarthropathie de l'épaule gauche, surtout en élévation antérieure, probablement secondaire à un syndrome sous-acromial ;

- un rapport de la Clinique P.\_\_\_\_\_ du 9 février 2009, duquel il ressort que l'assuré souffre de parésie de l'hémicorps gauche depuis 3 ans, d'instabilité scapho-lunaire des deux poignets, d'une récurrence d'un kyste arthrosynovial dorsal de la radio-ulnaire distale droite de 1 cm, ainsi que d'anxiété chronique ;

- un rapport médical du 4 février 2010 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie, pour lequel l'anamnèse est très évocatrice d'une pathologie psycho-somatique, voire psychiatrique. L'examen clinique normal ne conduit à aucune incapacité de travail pour raison rhumatologique, même si un avis neurologique paraît souhaitable à ce médecin ;

- un rapport établi par le service des urgences du [...] où l'assuré est admis le 2 septembre 2010 pour un malaise dans un contexte d'éthylisation aiguë (1.8‰), qui fait également état d'un trouble dépressif, d'un trouble de la personnalité et d'un trouble somatoforme douloureux (lombalgies).

Dans sa duplique du 24 février 2011, l'intimé a maintenu ses conclusions, se ralliant à un avis médical du Dr K.\_\_\_\_\_, du SMR, qui retient que l'ensemble du dossier médical du recourant est l'illustration parfaite de l'avis du Dr S.\_\_\_\_\_; on y retrouve l'état dépressif, les différentes expressions du trouble somatoforme douloureux et la consommation excessive d'alcool. Quant aux autres éléments décrits, tels les examens complémentaires normaux, de petites interventions chirurgicales ou des traumatismes, ils n'ont aucune répercussion durable sur la capacité de travail du recourant.

### **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.

**b)** 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 prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Celui-ci affirme avoir droit à une rente entière, son état de santé ne lui permettant plus de travailler. Quant à l'intimé, il soutient que le recourant ne présente aucune atteinte à la santé invalidante, et que dès lors, sa capacité de travail est entière et ne lui donne aucun droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**3. 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.

Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et que, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins. Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI). D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

**b)** Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent provoquer une invalidité, il faut mentionner — outre les maladies mentales proprement dites — les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Pour déterminer si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à sa santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou — comme condition alternative — qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215, consid. 6.1.1 et la référence).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65, consid. 4.2.1 ; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid.

2.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Toutefois, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, 4ème éd., p. 191) sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352, consid. 3.3.1 et la référence ; TF 9C\_310/2008 du 12 février 2009, consid. 2.1).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des

symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2 ; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, 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). Par ailleurs, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2 et 399, consid. 5.3.2 ; 132 V 65).

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. 5 ; 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 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).

**4. a)** En l'espèce, dans son formulaire de détection précoce adressé le 7 avril 2009 à l'OAI, la Permanence psychiatrique ambulatoire de J.\_\_\_\_\_ indique que le recourant se trouve en totale incapacité de travail depuis fin 2006 pour cause de dépression et de trouble douloureux somatoforme persistant. De même, le 12 juin 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_ diagnostique un état anxieux chez une personnalité limite et retient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de serveur du recourant. Il indique que celui-ci présente un état anxieux sévère et de panique à évolution lente depuis quelques années et qu'il est connu pour une dépendance au jeu, sa situation étant grave. Il précise qu'il rentre rapidement en conflit avec ses collègues et sa hiérarchie en raison d'angoisses qui peuvent se manifester par des plaintes somatiques graves. Le 22 septembre 2009, le Dr C.\_\_\_\_\_ diagnostique notamment un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et un trouble somatoforme persistant. Il précise que le tableau clinique actuel est

caractérisé par des douleurs du côté gauche avec des paresthésies et une perte de force, des troubles du sommeil et de la concentration, des maux de tête, une perte de poids, des angoisses pendant la journée et un état de tension permanent avec des accès de colère contrôlés avec difficulté. Le Dr C.\_\_\_\_\_ est également d'avis que les troubles constatés entraînent une incapacité de travail.

Le Dr S.\_\_\_\_\_ estime au contraire le 30 novembre 2009 que ni le trouble somatoforme douloureux, ni l'épisode dépressif moyen n'entraînent d'incapacité de travail. Or le Dr S.\_\_\_\_\_ n'est pas spécialiste en psychiatrie et n'a pas procédé à un examen clinique du recourant.

L'intimé ne pouvait dès lors se fonder sur ce seul rapport médical pour rejeter la demande. Devant les avis contradictoires des médecins, dont aucun n'a valeur probante, dès lors qu'ils ne sont pas suffisamment documentés, il lui appartenait de compléter l'instruction en faisant procéder à une expertise.

En l'état, il n'est donc pas possible à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause.

**b)** 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. 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 ; cf. ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF 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).

Au vu des circonstances du cas d'espèce, il apparaît justifié de renoncer à ordonner une expertise judiciaire et de renvoyer le dossier à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique, voire pluridisciplinaire, compte tenu des affections somatiques dont fait état le Dr C. \_\_\_\_\_ et également notamment le Dr R. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 14 août 2008, ainsi que les médecins de la clinique P. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 9 février 2009.

**5. a)** En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt.

**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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais. Le recourant, qui a procédé seul, n'a pas droit à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD ; 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision après complément d'instruction dans le sens des considérants.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- W. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :