

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 novembre 2013

---

Présidence de M. NEU  
Juges : MM. Monod et Perdrix, assesseurs  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant,

et

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

---

**Art. 44 LPGA ; art. 82 LPA-VD**

**E n f a i t :**

**A.** W. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1964, travaillait en qualité de maçon pour une entreprise de travail temporaire lorsqu'il a été victime d'un accident, recevant un objet lourd sur le dos de la main gauche le 23 août 2006. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge les suites de cet événement.

Suite à l'instruction du cas, la CNA a informé l'assuré, par courrier du 11 juillet 2007, que l'examen médical final qu'il avait subi le 9 juillet 2007 à la consultation du Dr H. \_\_\_\_\_ avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement et qu'en conséquence, il serait mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2007 au soir. Dans un courrier complémentaire du 4 septembre 2007, elle l'a informé que l'assurance prendrait tout de même en charge un suivi médical.

Par décision du 17 septembre 2007, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité à raison d'une incapacité de gain de 17 % (soit une rente de 713 fr. 35 par mois dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007), ce dernier étant à même d'exercer, durant toute la journée, une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas devoir mettre à forte contribution son poignet gauche. La CNA a estimé pour le surplus que les troubles psychogènes dont souffrait l'assuré (le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avait posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée dans un rapport du 15 février 2007) n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident et, partant, qu'aucun droit aux prestations n'existait à ce titre. La CNA a retenu enfin l'existence d'une atteinte à l'intégrité de 7.5 %.

A la suite de l'opposition de l'assuré, la CNA a rendu le 21 avril 2008 une décision sur opposition confirmant la décision précitée, laquelle est entrée en force.

**B.** Le 15 janvier 2008, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente.

Se rapportant à l'instruction du cas effectuée jusqu'alors sur le plan médical, l'OAI a sollicité l'avis de son Service médical régional (ci-après : SMR). Dans un rapport du 18 mars 2009, le Dr D. \_\_\_\_\_ a retenu comme atteinte principale à la santé l'algoneurodystrophie post contusion de la main gauche traitée et des douleurs résiduelles. Il a indiqué, comme pathologies associées, avec influence sur la capacité de travail, une arthrose radio-carpienne débutante et une cervicarthrose C5-C6. Selon le Dr D. \_\_\_\_\_, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle ; elle était par contre de 100 % dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles.

Le 20 juillet 2009, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, au motif que si l'assuré ne pouvait plus exercer son activité de maçon, il ressortait du dossier qu'il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, respectant les limitations fonctionnelles établies. Procédant à une évaluation économique, l'OAI en est arrivé à la conclusion que l'assuré subissait une perte de gain correspondant à un degré d'invalidité de 10.98 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Par décision du 28 juillet 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement dans le sens d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

**C.** L'assuré a recouru contre la décision du 20 juillet 2009 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, au motif que les douleurs chroniques dont il souffrait à la main gauche ne lui permettaient

pas de travailler, même dans une activité légère. S'ajoutait à cela un état dépressif sévère, constaté par les médecins de la clinique du Centre T.\_\_\_\_\_ (ci-après : clinique du Centre T.\_\_\_\_\_).

Le Tribunal cantonal a confié la mise en œuvre d'une expertise au Centre K.\_\_\_\_\_ (ci-après : Centre K.\_\_\_\_\_). Dans un rapport du 29 septembre 2010 (suite à l'expertise effectuée le 6 mai 2010), les médecins de ce centre ont conclu ce qui suit sur le plan somatique :

"Monsieur W.\_\_\_\_\_ présente un syndrome douloureux chronique intéressant à la fois le membre supérieur gauche, le rachis lombaire et le membre inférieur gauche. L'examen des amplitudes articulaires met en évidence des phénomènes d'autolimitation, probablement inconscients, chez un patient s'étant organisé autour de l'état douloureux chronique.

Objectivement toutefois il n'y a pas de lésion organique, pas de lésion dégénérative, pas de défaut d'axe des membres, pas de trouble statique du rachis, pas de signe d'atteinte neurologique non plus. De plus les signes de non-organicité de Waddell sont tous présents.

Chez ce sujet, qui présente des rachialgies et qui est par ailleurs porteur d'un stimulateur épidual, il peut être considéré que l'activité de maçon n'est plus possible, mais que la capacité de travail est complète dans une activité adaptée, soit sans port de charge de plus de 10 kg, ni flexion antérieure du tronc répétée. Nous rejoignons ainsi l'avis du Dr H.\_\_\_\_\_ [médecin d'arrondissement de la CNA].

Monsieur W.\_\_\_\_\_ présente encore un syndrome métabolique avec diabète, hypertension, obésité et dyslipidémie, un syndrome des apnées du sommeil appareillé. Il n'est pas relevé de complications liées à ces affections.

Aucune limitation fonctionnelle ne peut être considérée.

En conclusion, la capacité de travail est entière."

Sur le plan psychique, l'expert du Centre K.\_\_\_\_\_ a conclu ce qui suit :

"C'est dans le contexte d'une lutte pour une compensation financière de la part des assurances que Monsieur W.\_\_\_\_\_ s'est installé dans un rôle d'invalidé en mettant en avant la description subjective de divers symptômes qui présentent cependant des incohérences importantes avec les éléments objectivables de l'examen psychiatrique actuel ainsi que dans son anamnèse. Malgré des crises psychiques, Monsieur W.\_\_\_\_\_ a fait preuve de ressources d'adaptation lui ayant permis de continuer à faire face aux exigences de la vie quotidienne et de mener une vie indépendante sans élément en faveur d'un trouble psychique justifiant une incapacité de travail durable. On peut tout au plus retenir une incapacité de travail complète durant la période d'hospitalisation du 28 mars au 28 avril 2008 [à l'hôpital psychiatrique

R.\_\_\_\_\_]. Dès sa sortie Monsieur W.\_\_\_\_\_ a montré que la capacité pouvait être à nouveau considérée comme complète, en partant au Portugal [...].

La capacité de travail est donc complète dans toute activité exigible, sans diminution de rendement."

La Cour des assurances sociales a rendu un jugement le 26 septembre 2011 (AI 438/09), admettant que l'assuré n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de maçon, mais retenant en revanche qu'il était entièrement capable de travailler dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies (pas de sollicitation soutenue du membre supérieur gauche ni port de charges de plus de 10 kg, activité permettant l'alternance des positions). En effet, sur le plan somatique, aucune opinion divergente dûment motivée ne justifiait de s'écarter des conclusions de l'expertise du Centre K.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, cette dernière, qui remplissait les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante, ne mettait en évidence aucune atteinte à la santé psychique et aboutissait à la constatation que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI ne prêtant pas le flanc à la critique, la Cour des assurances sociales a ainsi rejeté le recours et confirmé la décision de l'OAI du 20 juillet 2009.

**D.** L'assuré a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI le 18 mai 2011. Il a également déposé une demande de moyens auxiliaires le 28 mars 2012. Il a précisé le 11 avril 2012 qu'il souhaitait une rente. L'OAI a dès lors considéré la demande du 28 mars 2012 comme une nouvelle demande de prestations.

Le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et le psychologue assistant Q.\_\_\_\_\_, de la clinique du Centre T.\_\_\_\_\_, ont envoyé à l'OAI un rapport médical le 21 mai 2012, dont on extrait ce qui suit :

"Evolution actuelle :

Rappelons que sur le plan psychiatrique, ce patient est notamment connu pour un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, une intelligence limite et état dépressif majeur actuellement d'intensité sévère. L'état

de santé psychique de M. W. \_\_\_\_\_ se péjore depuis une année. En 2011, il a été hospitalisé à deux reprises en milieu psychiatrique, d'abord à R. \_\_\_\_\_ du 13 juin au 4 juillet puis à G. \_\_\_\_\_ du 13 au 26 juillet. A l'issue de son avant dernière hospitalisation M. W. \_\_\_\_\_ semble plus calme avec diminution des épisodes de violences à l'égard de son amie. Cependant, au vu de la persistance de menaces hétéro-agressive à l'égard de celle-ci et de la présence d'enfants mineurs, ces derniers ont été placés en foyer depuis le mois de janvier dernier. Dans ce contexte il présente une péjoration de sa symptomatologie anxio-dépressive s'accompagnant d'une irritabilité et une impulsivité marquées, des conflits fréquents avec autrui, une réactivité marquée de l'humeur, une anxiété majeure, ainsi que des menaces auto et hétéro agressive.

Diagnostics :

- Episode dépressif sévère F32.2
- Trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif F60.30
- Intelligence limite
- Douleurs et limitations fonctionnelles du poignet et de la main gauche dans un contexte de Sudeck post-traumatique (2006) actuellement avec électrode médullaire
- Gonalgies gauches post-entorse du genou gauche
- Lombo-sciatalgies gauches atypiques
- Canal lombaire étroit congénital sans compression radiculaire
- Cardiopathie ischémique avec infarctus du myocarde aigu inférieur (2005)
- DPCO [recte : BPCO]
- Syndrome d'apnée du sommeil appareillé

Pronostic :

Au vu de la sévérité et de la chronicité des symptômes le pronostic est actuellement réservé.

Incapacité de travail :

L'incapacité de travail est actuellement de 100 % pour une durée indéterminée."

Le Dr X. \_\_\_\_\_, du SMR, a rendu un avis le 4 juin 2012. Il y a notamment relevé que le rapport précité mentionnait le diagnostic d'épisode dépressif sévère, ce qui était selon lui formellement faux, puisque dans l'anamnèse étaient décrits d'autres épisodes dépressifs. Il s'agissait donc d'un trouble dépressif récurrent. Il a toutefois ajouté qu'un épisode dépressif sévère était invalidant et en principe incompatible avec une activité lucrative, dès lors, il y aurait eu aggravation située en 2011, avec deux hospitalisations en milieu psychiatrique et la demande de prestations de l'assuré paraîtrait justifiée. Le Dr X. \_\_\_\_\_ proposait de demander notamment les rapports de sortie des séjours à R. \_\_\_\_\_ et à G. \_\_\_\_\_, ainsi que de poser une série de questions complémentaires aux médecins de la clinique du Centre T. \_\_\_\_\_.

Le Centre T. \_\_\_\_\_ a ainsi remis à l'OAI le rapport de sortie de l'hôpital psychiatrique R. \_\_\_\_\_, établi le 16 novembre 2011 et dont on extrait ce qui suit :

"Motif d'hospitalisation :

Mise à l'abri d'un geste auto et hétéro agressif.

Diagnostic (CIM - 10) :

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.1).

Trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30).

[...]

Eléments anamnestiques :

[...]

Sur le plan psychiatrique, M. W. \_\_\_\_\_ a été hospitalisé une première fois dans notre établissement en avril 2008 sur un mode d'office pour mise à l'abri d'idées hétéro agressives et auto agressives dans un contexte de conflit avec son assurance accident, où il aurait menacé de se défenestrer après avoir tué un intervenant de la SUVA. Le patient avait fugué de l'hôpital pour rejoindre sa compagne au Portugal. Le diagnostic posé alors avait été celui de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen sans symptômes somatiques et de trouble de la personnalité sans précision. [...]

A noter en mars 2010, un passage à l'acte avec tentative de pendaison alors que le patient était au Portugal, ou il aurait été hospitalisé dans les suites.

D'un point de vue familial, on retient que son père est décédé en 1995 dans les suites d'une hépatopathie alcoolique décompensée, et que sa mère âgée de 65 ans est décrite par le patient comme présentant de longue date une dépendance à l'alcool, ayant un comportement impulsif et violent.

Actuellement, M. W. \_\_\_\_\_ vit avec sa compagne et leurs deux enfants dans un deux pièces à Lausanne bénéficiant du RI et recevant 740.- CHF par mois de son assurance maladie. Il vient d'apprendre un nouveau refus par rapport à un recours présenté auprès de l'office AI. Dans ce contexte il rapporte être très stressé, irritable, et fatigué. Il relate par ailleurs avoir des comportements violents envers sa compagne et crier souvent sur les enfants, ne supportant pas le bruit. Il se plaint de sa solitude, n'ayant pas d'amis et dépendant physiquement de sa compagne qui l'aide dans les actes de la vie quotidienne (le lave, lui donne ses médicaments, l'accompagne en promenade). Il a des troubles du sommeil et évoque des idées suicidaires scénarisées en se jetant sous une voiture ou par dessus d'un pont. Il explique que ces idées suicidaires scénarisées sont présentes constamment depuis 2008.

Devant la dégradation psychique, vous conseillez au patient une hospitalisation pour mise à l'abri d'un acte auto et hétéro agressif.

Examen clinique ;

L'entretien à l'admission se fait avec un interprète, le patient comprenant, mais ne pouvant pas s'exprimer en français. Il est calme, collaborant, orienté aux quatre modes. L'hygiène et la tenue sont correctes. Il porte un bandage serré compressif autour du bras gauche. Le discours est clair, cohérent, informatif. On n'observe pas de trouble du cours ni du contenu de la pensée. La thymie est effondrée, le patient pleurant durant l'entretien. Il décrit une asthénie, une

aboulie, un apragmatisme, un isolement social, des troubles de la concentration et de la mémoire, et des difficultés d'endormissement avec réveils nocturnes fréquents. L'appétit est conservé. L'anxiété éprouvée et observée est importante avec sudation et tremblements des extrémités. Le patient décrit des symptômes anxieux qui s'apparentent à une phobie sociale. Il verbalise des sentiments de culpabilité par rapport à ses acting hétéro agressifs. Il évoque des hallucinations hypnagogiques au réveil où il voit son père et entend celui-ci lui demander de le rejoindre. Il y a une irritabilité majeure et une phonophobie. Il n'est pas noté de ralentissement psychomoteur. Il nie toute consommation d'alcool et de toxiques. Tabagisme actif à trois paquets par jour.  
[...]

Evolution et discussion :

M. W. \_\_\_\_\_ a été admis sur un mode volontaire, pour mise à l'abri d'un risque auto et hétéro agressif dans le contexte d'un conflit asséurologique, alors que le patient se trouve dans une situation sociale difficile au bénéfice d'un revenu précaire, endetté, vivant avec sa compagne et les deux enfants de celle-ci dans un logement exigü.

A noter que M. W. \_\_\_\_\_ a été victime d'un grave accident de voiture alors qu'il conduisait son véhicule en 2006. Depuis l'accident, il décrit la persistance d'une invalidité du membre supérieur gauche et la persistance de douleurs lombaires et sciatiques gauches. Il vient de recevoir une nouvelle décision de refus de rente après un recours déposé auprès de l'office AI.

Au vu du status à notre disposition et des éléments anamnestiques ainsi que des évaluations psychométriques, nous retenons le diagnostic d'un épisode dépressif sévère dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, et d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif.

Sur le plan pharmacologique, nous procédons à une augmentation du traitement de Sertraline de 100 à 200 mg/j.  
[...]

D'un point de vue somatique, le patient bénéficie d'une consultation auprès du médecin interniste de l'institution qui au vu de la glycémie a proposé l'introduction d'un traitement de Metformine jusqu'à 2000 mg/j avec surveillance de l'hémoglobine glycosylée et introduction d'une insuline ultra-lente s'il persistait une perturbation du bilan glucidique, ceci au vu des facteurs de risque cardiovasculaire et des antécédents du patient.

Le cadre de soins proposé et l'adaptation thérapeutique permettent une évolution favorable, avec amélioration des troubles du sommeil et de l'anxiété avec amendement de toute idéation suicidaire. Dans ce contexte, M. W. \_\_\_\_\_ a pu effectuer des congés à domicile qui se sont bien passés. La relation avec son amie et les enfants de celle-ci semble améliorée ce qui participe à la stabilisation de la thymie avec diminution du sentiment de culpabilité.

Au vu de la bonne évolution et de l'amendement de toute idéation suicidaire, nous convenons d'un commun accord d'une sortie de l'hôpital le 04.07.2011 avec une suite de prise en charge par vous-même [Dresse L. \_\_\_\_\_]. Notons que nous avons informé le patient et son amie que la situation des enfants sera signalée au service de protection de la jeunesse afin qu'elle soit évaluée."

Le Dr D.\_\_\_\_\_ a rendu un avis médical le 3 juillet 2012, estimant notamment que dans la mesure où, après deux semaines de traitement à l'hôpital R.\_\_\_\_\_, les médecins en charge écrivaient que l'évolution était bonne et que toutes les idéations suicidaires s'étaient amendées, l'épisode dépressif de gravité sévère s'était donc résolu. Il n'y avait dès lors pas de nouveaux empêchements durables de la sphère psychique depuis l'expertise ordonnée par le Tribunal en 2010.

Les médecins de la clinique du Centre T.\_\_\_\_\_ ont répondu aux questions de l'OAI le 20 septembre 2012, de la manière suivante :

"1) Est-ce que cet assuré vient seul à ses rendez-vous à votre consultation ?  
Ce patient se rend seul à ses entretiens. Il est accompagné d'une interprète et ce en raison d'une mauvaise maîtrise de la langue française.

2) Comment est-ce qu'il se déplace dans vos locaux ?  
M. W.\_\_\_\_\_ se déplace à pied et en ascenseur. Il décrit, par ailleurs, qu'il a des difficultés à utiliser les escaliers en raison de douleurs somatiques. A noter que nos locaux se trouvent au 1<sup>er</sup> étage.

3) A votre connaissance, est-ce qu'il vit en appartement ou dans une chambre d'hôtel, comme le laisse entendre votre dernier rapport ?  
A notre connaissance, M. W.\_\_\_\_\_ vit dans une chambre d'hôtel qui lui est louée à des tarifs préférentiels par une de ses connaissances portugaise. Il vivait, auparavant, avec son ex-compagne dans un appartement mais il a quitté ce dernier au moment de leur séparation.

4) Est-ce que, sur la base de vos observations, pensez-vous que cet assuré peut-il s'occuper de son hygiène personnelle, se déplacer dans son logis et manger sans l'aide d'un tiers ?

Sur la base de nos observations, nous pouvons vous dire que le patient a une hygiène partiellement négligée avec parfois des habits sales ou troués. Comme mentionné ci-dessus, il mentionne qu'il a de la peine à se déplacer ainsi qu'à effectuer des tâches ménagères comme préparer les repas. Il relate qu'il consomme essentiellement des repas tout préparés comme des sandwiches ou des plats à réchauffer, ceci en raison de douleurs somatiques qui selon le patient sont présentes depuis de nombreuses années."

Ces réponses ont été soumises au Dr X.\_\_\_\_\_, qui a rendu un avis médical le 7 novembre 2012, dont on extrait ce qui suit :

"Suite au fait que l'assuré vit désormais seul dans une chambre, j'ai formulé des questions à poser aux médecins traitants, et ces réponses permettent les conclusions suivantes :

- Aucune aggravation de sa situation algique ou ostéo-articulaire n'est signalée depuis l'expertise, et ceci corrobore ce qui précède.

- Cet assuré vit désormais seul, ce qui prouve que cet assuré est capable de s'habiller, se lever, manger et se déplacer.
- On signale certes que l'assuré peine à préparer ses repas et qu'il consomme des repas préparés à réchauffer, ce qui ne démontre pas qu'il est incapable de cuisiner ou de manger seul sans aide.
- L'aptitude à se mouvoir sans aide dans les locaux des médecins est confirmée par ses médecins.
- Son hygiène corporelle et vestimentaire laisse certes parfois à désirer, mais ce constat ne permet pas de conclure que l'assuré a besoin d'aide pour se laver et s'habiller.
- Vivant désormais seul et capable d'aller seul à ses rendez-vous, il est également inconcevable de postuler le besoin d'un accompagnement.

Dès lors je ne peux retenir d'aide pour au moins deux actes ou le besoin d'un accompagnement pouvant donner droit à une impotence faible."

**E.** Le 16 novembre 2012, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision de refus de prestations, au motif qu'après avoir complété l'instruction médicale, il ressortait de cette dernière qu'il ne présentait aucune aggravation de son état de santé pouvant modifier son droit aux prestations. Il avait en effet présenté une incapacité de travail de courte durée, ce qui n'ouvrait pas le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'OAI a en outre communiqué à l'assuré le 19 novembre 2012 un projet de refus d'une allocation pour impotent.

En réaction au premier projet de décision précité, le Dr V. \_\_\_\_\_ et M. Q. \_\_\_\_\_ ont envoyé un courrier à l'OAI le 7 décembre 2012, dont la teneur est la suivante :

"[...] Nous avons été surpris de votre décision. En effet, vous mentionnez un arrêt de travail de courte durée alors que M. W. \_\_\_\_\_ présente, selon les différents médecins de la consultation, une capacité de travail nulle depuis juin 2006 jusqu'à ce jour.

De plus, une péjoration de son état est présente depuis 2011, comme nous l'avons mentionné dans notre précédent courrier. Il a été hospitalisé à deux reprises en institution psychiatrique, notamment du 14 juin au 4 juillet 2011, hospitalisation durant laquelle nos confrères ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisodes actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.1) ainsi qu'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30).

Au vu des divergences majeures entre les conclusions des médecins du Centre T. \_\_\_\_\_ et les conclusions des experts et de l'OAI, il nous semble nécessaire que la situation de M. W. \_\_\_\_\_ soit réévaluée."

L'OAI a confirmé sa position en rendant une décision formelle de refus de prestations le 14 janvier 2013, ainsi qu'une décision de refus d'une allocation pour impotent le 16 janvier 2013.

**F.** W.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de refus de prestations le 14 février 2013, concluant en substance à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des conclusions des experts. Il reproche en substance à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des rapports médicaux de ses divers médecins traitants.

L'OAI s'est déterminé le 6 mai 2013, confirmant la décision attaquée et proposant le rejet du recours.

Par courrier du 29 mai 2013, le recourant a produit un certificat médical établi le 1<sup>er</sup> mars 2013 par le Centre T.\_\_\_\_\_ et attestant d'une hospitalisation du 18 février au 1<sup>er</sup> mars 2013 ; une attestation établie le 8 mars 2013 par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du Centre T.\_\_\_\_\_, indiquant un suivi pour des troubles du sommeil et constatant notamment les éléments suivants :

"Nous avons débuté un traitement par CPAP mais le patient a de grandes difficultés à porter le masque. En effet, malgré sa bonne volonté, sa pathologie psychiatrique et ses douleurs chroniques font qu'il n'arrive pas à porter son CPAP de manière régulière. La symptomatologie notamment de dyssomnie nocturne, en partie liée au syndrome d'apnées du sommeil, n'est donc que partiellement résolue, entraînant une fatigue, des troubles de la mémoire et de la concentration ayant un impact sur son mode de fonctionnement diurne."

Le recourant a encore produit un certificat médical des Drs P.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, de la clinique du Centre T.\_\_\_\_\_, établi le 13 mars 2013, retenant les diagnostics psychiatriques de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et retard mental léger, et attestant notamment d'une incapacité de travail nulle depuis juin 2006, ainsi que d'une péjoration de son état de santé depuis 2011.

L'OAI a soumis les rapports médicaux précités au SMR pour appréciation, lequel a rendu un avis le 12 juin 2013, constatant en substance que le Dr C.\_\_\_\_\_ n'amenait pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier leur position et relevant que l'expertise du Centre K.\_\_\_\_\_ de septembre 2010 avait pris en compte la problématique des apnées du sommeil.

Par écriture du 12 juillet 2013, le recourant a confirmé ses conclusions et produit un certificat médical du 27 juin 2013 des Drs P.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, confirmant les constatations faites dans leur certificat du 13 mars 2013, un certificat médical du 2 juillet 2013 du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, reprenant le diagnostic psychiatrique d'état dépressif, ainsi qu'une attestation du 8 juillet 2013 de la Dresse F.\_\_\_\_\_, du Centre T.\_\_\_\_\_, concernant son diabète de type 2.

Finalement, le Dr A.\_\_\_\_\_, de la B.\_\_\_\_\_, a fait parvenir à la Cour de céans un rapport médical du 8 juillet 2013 adressé au recourant, relevant notamment que ce dernier présentait des douleurs persistantes aux épaules avec irradiations et décharges électriques dans les doigts.

### **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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et dans le respect des formes prescrites (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

**2.** Est litigieuse en l'espèce la question du droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité au regard de sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à son état de santé.

**3.** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

L'assureur est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire (TFA I 129/02 du 29 janvier 2003 consid. 2).

**4. a)** En l'espèce, l'OAI fonde son refus sur une incapacité de travail qui ne serait que passagère, le SMR se rapportant à l'expertise du Centre K.\_\_\_\_\_ du 29 septembre 2010 et estimant que les rapports médicaux postérieurs n'amènent pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier les conclusions de cette expertise. Il convient de constater cependant qu'une péjoration de l'état de santé du recourant, a tout le moins psychiatrique, est dûment attestée par le Centre T.\_\_\_\_\_ (avec hospitalisations), en particulier pour la dernière fois dans son rapport du 13 mars 2013. Le SMR ne rejette pas l'hypothèse d'une aggravation de manière à convaincre, se bornant à réfuter, sur simple avis médical, singulièrement celui du 12 juin 2013, la problématique des apnées du sommeil. Les médecins du Centre T.\_\_\_\_\_ se distanciant fermement autant que clairement des diagnostics du Centre K.\_\_\_\_\_, il était nécessaire d'instruire sur le plan médical, une incapacité de travail passagère ne pouvant se déduire des certificats produits par les médecins en charge du cas du recourant.

**b)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens de la mise en œuvre d'une expertise médicale, à tout le moins sur le plan psychiatrique (art. 44 LPGA ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5), étant entendu que l'OAI devra également procéder à la mise en œuvre de toute autre mesure d'instruction jugée nécessaire.

Le recourant n'étant pas représenté par un mandataire professionnel, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 LPA-VD). Le présent arrêt est rendu conformément à la procédure prévue par l'art. 82 LPA-VD.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 14 janvier 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Un émolument de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

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.

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 :