

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mai 2014

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : MM. Pittet et Monod, assesseurs
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

T._____, à Pompaples, recourant, représenté par PROCAP SUISSE,
Me Caroline LEDERMANN, avocate, à Bienne

et

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

Art. 6, 7, 8, 43 al. 1 LPGA et art. 28 al. 2 LAI.

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant serbe né en 1958, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 22 août 2005. Statuant le 24 octobre 2006, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) lui a nié le droit à une rente après avoir déterminé un degré d'invalidité de 5% compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

B. En date du 6 juillet 2009, l'assuré a formulé une seconde requête dans le même sens auprès de l'OAI, vu l'apparition d'une pathologie lombaire et consécutivement à un stage, effectué à 40% sous l'égide de la Fondation V._____, auprès de la Fondation D._____ entre mars et avril 2009.

Aux termes d'un avis médical du 4 novembre 2009, la Dresse P._____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a décidé de la mise en œuvre d'un examen rhumatologique et invité l'OAI à se procurer le rapport du stage précité.

Le Dr N._____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et rééducation auprès du SMR, a procédé à l'examen requis en date _____ du 27 novembre 2009, le rapport corrélatif ayant été établi le 18 décembre 2009. Il a retenu les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de status post-rupture du muscle supra-épineux et de lombosciatalgies gauches chroniques dans un contexte de protrusions discales étagées, discarthrose L2-L3, troubles dégénératifs postérieurs étagés. Il a également observé les diagnostics d'obésité et d'hypertension artérielle comme n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail de l'assuré. Il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'aide de cuisine, mais de 70% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, soit essentiellement l'absence de port de charges, de

mouvements répétés du rachis et de l'épaule, ainsi que l'alternance des positions.

Quant au rapport de stage de la Fondation D._____, daté du 30 avril 2009 et transmis à l'OAI le 21 janvier 2010, il fait état d'un rendement de 15% compte tenu de la symptomatologie douloureuse présentée par l'assuré dans des activités simples et répétitives.

Dans un avis médical du SMR du 1^{er} février 2010, la Dresse P._____ a repris les conclusions du Dr N._____ pour retenir une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée, laquelle devait être concrétisée par un spécialiste de la réadaptation.

Un rapport d'évaluation d'un tel spécialiste, daté du 24 février 2010, a constaté le défaut de motivation de l'assuré à entrer dans une démarche de réinsertion, ce dernier ne s'estimant plus capable d'exercer une activité lucrative.

Le médecin traitant de l'assuré, le Dr Z._____, spécialiste en rhumatologie, a complété un rapport à l'adresse de l'OAI le 7 juillet 2010, indiquant l'absence de toute évolution de l'état de santé de son patient depuis son précédent rapport émis en 2009 et précisant que le pronostic était sombre faute de toute motivation à la reprise d'une activité lucrative. Après un échange avec le Dr N._____ du SMR, ce praticien a signalé, par courrier du 31 août 2010, ne pas avoir d'argument pour s'opposer à l'évaluation de la capacité de travail opérée par son confrère.

Par décision du 23 novembre 2010, confirmant un projet du 14 octobre 2010, l'OAI a derechef nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, au vu d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, exigible depuis novembre 2006, et d'un degré d'invalidité de 34%.

C. Le 28 décembre 2010, par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, laquelle a admis le recours par arrêt du 13 décembre 2011, renvoyant la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avant émission d'une nouvelle décision.

D. Par communication du 30 avril 2012, l'OAI a exécuté cet arrêt en mandatant la Clinique K. _____ aux fins d'expertise pluridisciplinaire de l'assuré, laquelle a été effectuée en date des 4 et 5 juin 2012 par les Drs L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, A. _____, spécialiste en rhumatologie, et H. _____, spécialiste en médecine interne et pneumologie. Le rapport corrélatif, rédigé le 20 août 2012, relate les nombreuses analyses diagnostiques discutées par les experts après prise en compte des éléments pertinents de l'anamnèse et des plaintes formulées par l'assuré.

Sur le plan somatique, les spécialistes concernés ont estimé que les diagnostics suivants étaient susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail :

- hernie discale L3-L4 migrée vers le bas ;
- spondylolisthésis de L5 sur S1 par lyse isthmique de L5 ;
- lipomatose épidurale de L2 à S1 ;
- rupture complète du tendon supra-épineux de l'épaule droite ;
- rupture partielle du tendon supra-épineux de l'épaule gauche.

En revanche, l'influence des autres diagnostics évoqués par les médecins en charge de l'assuré, à savoir ceux d'hypertension artérielle, d'hyperuricémie et d'obésité, a été niée.

Ils ont justifié les diagnostics pris en considération comme suit, tout en recommandant diverses mesures thérapeutiques :

« [...] **Plaintes actuelles**

Les plaintes actuelles comprennent des douleurs lombaires et sciatiques gauches, avec un déficit sensitif et moteur des releveurs du pied homolatéral. Ces douleurs sont accentuées par la marche et la station debout prolongées.

Signes cliniques

La raideur lombaire et le déficit moteur des releveurs du pied gauche sont en rapport avec une sciatique L5 gauche déficitaire. Au niveau des hanches, les signes cliniques se limitent à des douleurs à la mobilisation passive et à la palpation des grands trochanters.

Tests spécifiques, examens d'imagerie et examens biologiques

Les radiographies des hanches ne montrent pas de coxarthrose manifeste. Sur le plan lombaire, l'IRM montre une hernie discale L3-L4 migrée vers le bas, avec conflit disco-radiculaire L5 gauche, un spondylolisthesis de L5 sur S1, d'aspect stable, ainsi qu'une lipomatose épидurale d'importance modérée. [...]

Les diagnostics de coxarthrose droite modérée, de lombalgies et sciatalgies atypiques ne sont pas retenus par cette expertise, car les nouvelles radiographies réalisées le 6 juin 2012 ne montrent pas de coxarthrose manifeste, ni à droite ni à gauche. En outre, on ne peut plus parler de lombalgies et sciatalgies atypiques puisque les discopathies lombaires ont récemment évolué vers une hernie discale L3-L4 gauche, avec déficit moteur de la racine L5 gauche. [...]

Un avis chirurgical est souhaitable pour cette hernie discale L3-L4, car bien que l'ancienneté du déficit moteur ne permette plus d'espérer une récupération de celui-ci, l'avis d'un chirurgien est indiqué. Même si l'aggravation est récente, puisque de mars 2012, il faut savoir que la probabilité d'une récupération totale du déficit moteur diminue après les premières semaines d'apparition de la symptomatologie. [...]

Un chaussage avec attelle de relevage du pied peut être envisagé. [...]

Plaintes actuelles

Les plaintes actuelles avec des douleurs à la mobilisation et une diminution de la mobilité active des deux épaules sont compatibles avec le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs. [...]

La scapulalgie gauche d'origine indéterminée, évoquée dans le compte-rendu d'examen clinique rhumatologique du 27 novembre 2009 par le Dr N. _____, médecine physique et réadaptation, n'est pas réalisée puisque l'échographie réalisée le 6 juin 2012 objective une rupture du tendon supra-épineux. [...] »

L'aspect psychique a également fait l'objet d'examens spécifiques pour chacun des diagnostics envisagés par les médecins en charge de l'intéressé, tandis qu'aucune pathologie de ce registre n'a été jugée de nature à réduire la capacité de travail de l'assuré.

S'agissant du diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (ICD-10, F10.25), l'expert en psychiatrie de la Clinique K. _____ a observé les éléments ci-après :

« [...] Dans le cas d'espèce, comme on l'a vu, la dépendance est claire, certaine et absolue, elle ne souffre d'aucune contestation. L'intéressé la reconnaît d'une part et la conteste d'autre part dans le cadre du déni classique de l'éthylisme chronique tel qu'objectivé par le sMAST et les critères CAGE. Quoi qu'il en soit, au travers des éléments anamnestiques et cliniques, on retrouve notamment le désir compulsif d'utiliser une substance psychoactive, l'éthyle dans le cas présent, avec poursuite de la consommation malgré la présence manifeste de conséquences nocives, ainsi que la survenue d'un syndrome de sevrage physiologique quand le sujet réduit ou arrête l'utilisation de la substance, d'où l'utilisation à nouveau de la substance pour diminuer ou éviter les symptômes de sevrage. Par ailleurs, outre des symptômes d'imprégnation chronique, un dosage de CDT à 2.93% ne fait que renforcer le diagnostic retenu.

[...] En LAI, un trouble primaire est réputé non invalidant. En revanche, les conséquences de ce trouble peuvent l'être. Ce point sera examiné plus loin.

Dans le cas présent, la dépendance à l'éthyle de l'exploré remonte à plus de 20 ans puisqu'elle est déjà présente en 1996. Mais, il apparaît fortement vraisemblable qu'il ait succombé à une dépendance à l'éthanol des années auparavant, faisant envisager qu'il s'agirait ici, peut-être, de la cause réelle, sous-jacente du licenciement de l'Hôpital X. _____ en 1994, et de cette entrée dans une errance et désinsertion socioprofessionnelle alors même que son épouse était à cette époque enceinte de leur premier enfant.

7. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS RAPPORTÉS NON RETENUS

Le diagnostic des rapports médicaux est une utilisation d'alcool nocive pour la santé (ICD-10, F10.1) (rapport médical du 4 janvier 2006, Docteur R. _____). Il n'est plus retenu par cette expertise. Certes, on retrouve des perturbations hépatiques en lien avec l'abus d'éthyle mais compte tenu de la longue durée d'évolution et du rapport de l'investigué à l'éthyle, il est remplacé par la notion de dépendance, laquelle est à même d'expliquer en mieux de quoi il retourne.

Dans le cas présent, il existe indubitablement des troubles de la personnalité, lesquels seront étudiés au chapitre diagnostique suivant. On peut d'ores et déjà poser les jalons d'une comorbidité croisée, au sens où les questions du trouble de la personnalité et de la dépendance à l'éthyle sont indissociables dans le cas de l'investigué. En d'autres termes, il est probable que le trouble de la personnalité était déjà engagé lors des débuts de l'intoxication à l'éthyle, mais également que cette intoxication soit à la racine de l'accentuation et de l'expression du trouble de la personnalité.

[...] Dans le cas d'espèce, il s'agit d'un trouble primaire. Il n'y a pas de limitations sur le plan médico-théorique. Comme nous l'avons vu, actuellement, nous sommes encore en-deçà de la reconnaissance par l'exploré de sa dépendance. Le déni massif de ce dernier vis-à-vis de sa dépendance n'est pas levé. Seuls un accueil et un séjour en centre de cure de désintoxication permettraient peut-être d'engager un processus thérapeutique, à tout le moins d'évaluer les chances de succès d'un tel projet. Au jour de la présente, l'investigué est toutefois capable de saisir l'exigibilité d'une abstinence à l'éthyle, comme en témoigne, sur un autre plan, sa bonne compréhension de ses obligations concernant les démarches de renouvellement de son droit de séjour expirant en 2013, même s'il le présente de manière agressive.

[...] L'exigence de l'abstinence à l'éthyle, dont il doit être averti, lui est toutefois opposable et il est en mesure d'en comprendre les nécessités tout comme les conséquences de sa résistance. Dans l'absolu, le trouble étant primaire, il n'y a pas de limitations dans le travail. »

L'expert psychiatre a également pris en considération un trouble de la personnalité dyssociale (ICD-10, F60.2) exposant les points suivants :

« [...] En présence de l'ensemble des critères généraux définis par l'ICD-10, un trouble de la personnalité est retenu. Pour être plus précis, ce dernier s'apparente à un trouble de la personnalité de type dyssocial [...]. Le trouble est massif et précise le rapport produit par le Dr R. _____, médecin associée, et le Dr G. _____, médecin assistant, le 4 janvier 2006, évoquant que *des traits de personnalité impulsive et paranoïaque sont retrouvés avec des éléments revendicateurs vis-à-vis des institutions, lesquelles n'arrivent pas à comprendre sa situation, et une expression de menace hétéro-agressive diffuse sur un mode démonstratif.*

Commentaire : Il s'agit d'un trouble primaire. Celui-ci décompense principalement sous l'effet de prises de substances psychoactives, à savoir dans le cas présent, l'éthyle. On peut alors dire que l'expression pathologique du trouble est favorisée et maintenue par le diagnostic traité dans le premier chapitre, à savoir la dépendance à l'éthyle. Or, cette dernière, évoluant en parallèle depuis de nombreuses années, est également un trouble primaire et il existe une exigibilité d'abstinence en ce qui la concerne. Il en découle que le raisonnement logique est de penser qu'étant donné que la décompensation survient en raison de l'imprégnation éthylique, dès lors que la personne est prévenue de l'exigibilité d'abstinence, elle ne peut pas être considérée comme étant incapacitante puisqu'en situation d'abstinence l'expression du trouble serait beaucoup moins marquée.[...] »

Au surplus, les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (ICD-10, F43.22) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (ICD-10, F45.4) ont été écartés à l'issue de l'examen psychiatrique.

Au terme de la synthèse du cas particulier, les experts ont retenu les conclusions ci-dessous :

« [...] Sur le plan lombaire, [l'assuré] se plaint de lombalgies et il présente des discarthroses L2-L3 et L3-L4 depuis 2006, mais l'état actuel est caractérisé par une paralysie sciatique L5 gauche, conséquence d'une hernie discale L3-L4 migrée vers le bas,

survenue en mars 2012. Le spondylolisthésis de L5 sur S1 et la lipomatose épidurale diagnostiqués précédemment sont stables et très certainement asymptomatiques.

Une coxarthrose droite débutante a été évoquée sur les radiographies de 2006, mais celle-ci n'est pas retrouvée sur les radiographies réalisées le 6 juin 2012 et ne se traduit pas, sur le plan clinique, par un enraidissement de la hanche. On ne peut pas lui attribuer de répercussion fonctionnelle.

Enfin, les douleurs des deux épaules sont liées à une rupture du tendon du muscle sus-épineux bilatéral, large et complète à droite et partielle à gauche. La rupture du tendon du sus-épineux droit a été affirmée sur l'IRM de l'épaule droite du 31 octobre 2002 et la rupture partielle du tendon du muscle supra-épineux de l'épaule gauche a été mise en évidence par l'échographie du 6 juin de la même année. Toutefois, les signes cliniques ne sont pas interprétables en raison de la majoration des plaintes, alors qu'il faut noter que la rupture du tendon supra-épineux n'a pas évolué depuis 2002 et qu'il a fallu la présente expertise pour détecter l'atteinte à gauche, de faible répercussion. De plus, il n'y a pas d'amyotrophie des membres supérieurs, témoignant d'une utilisation continue des membres,

Sur le plan de la médecine interne, l'expertisé est porteur d'une HTA depuis 2002, les chiffres sont soit dans les normes avec le traitement, soit un peu au-dessus. [...]

Sur le plan psychiatrique, l'assuré présente un long passé d'intoxication à l'éthyle et de trouble de la personnalité de type dyssocial (ICD-10, F60.2) qui saturent l'anamnèse personnelle, probablement professionnelle, ainsi que la présente expertise. Il faut retenir les notions d'irresponsabilisation socio-professionnelle, d'inconséquence, de violences éventuelles perpétrées à l'égard de ses enfants et pour lesquelles l'école a fait appel au SPJ, d'impulsivité, d'intolérance à la frustration mais de maintien des capacités cognitives et de jugement comme du sens des responsabilités sur le fond dans ce contexte de déni de dépendance à l'éthyle. Il faut encore noter la manipulation et l'instrumentalisation du corps social aux fins de ses intérêts propres. [...]

Enfin, concernant le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (ICD-10, F10.25), des signes d'imprégnation d'un éthylisme chronique sont constatés à l'examen, contrastant avec un déni de consommation alcoolique typique chez les éthyliques. [...]

L'élément majeur de cette expertise est la constatation d'une paralysie sciatique L5 gauche, avec un steppage important à la marche, survenue en mars 2012 et attribuée à une compression radiculaire L5 gauche par une hernie discale L3-L4 gauche migrée en bas. Cette paralysie sciatique est survenue après une longue période de lombalgie (depuis 2006) décrite comme « ... *invalidante* ». Toutefois, cette « ... *invalidité* » ne reposait que sur des discopathies arthrosiques L2-L3 et L3-L4, car les autres lésions décrites (spondylolisthésis de L5 sur S1 et lipomatose épidurale) n'étaient pas incapacitantes. Pour une atteinte survenue en mars 2012, il n'est plus certain qu'une intervention chirurgicale puisse faire disparaître le steppage, un chaussage adapté paraît plus approprié, d'autant qu'une intervention au niveau du rachis est déconseillée au vu de la longue interruption de travail et de la

volonté manifeste d'obtenir une rente, l'exploré ayant insisté plusieurs fois sur les difficultés financières rencontrées par sa famille, sans envisager de reprendre une quelconque activité, renvoyant à sa personnalité.

En ce qui concerne les épaules, la rupture de la coiffe des rotateurs est objectivement bien compensée. Il n'y a pas d'amyotrophie au niveau des membres supérieurs. Ici encore, une intervention chirurgicale n'est pas conseillée pour deux raisons. D'une part, la rééducation conditionne les chances de succès et elle est liée à la motivation de la personne. D'autre part, en raison du maintien de la musculature, l'intervention n'est pas utile à droite tandis qu'à gauche, l'atteinte n'est que partielle, ce qui la justifie encore moins. A ce sujet, la scapulalgie gauche d'origine indéterminée au préalable ne peut plus être retenue, puisque l'échographie réalisée le 6 juin 2012 objective une rupture distale partielle du tendon du supra-épineux. [...]

Sur le plan de la médecine interne, on note des facteurs de risque cardio-vasculaire, avec l'HTA, l'excès pondéral, le manque d'exercice physique et l'hypercholestérolémie. L'HTA est non compliquée, l'uricémie persiste mais les crises de goutte ont disparu depuis 5 ans, sans complication articulaire, ni atteinte rénale (pas de colique néphrétique, fonction rénale normale).

Concernant l'excès pondéral, le BMI est augmenté à 33.8kg/m² ce qui traduit une obésité modérée, de classe I. Or, il est connu qu'un BMI augmenté génère des pathologies rachidiennes. En présence d'une atteinte lombaire objectivable, une perte de poids doit absolument être poursuivie, une diminution étant déjà intervenue. Pour ce faire, il conviendrait de stopper la consommation de bière, ce qui rentre en cause dans l'excès pondéral. En outre, les symptômes d'hypersudation et d'odeur forte n'ont pas été constatés au cours de l'examen, ce qui laisse à penser qu'ils sont modérés s'ils perdurent. Quoi qu'il en soit, les constatations cliniques et biologiques ne permettent pas de justifier le caractère invalidant de ces symptômes, aucune anomalie significative n'ayant été retrouvée. De plus, aucun signe en faveur d'une polyneuropathie éthylique n'est constaté lors de l'examen.

Il convient de souligner que si les constatations objectives cliniques et paracliniques faites au cours des examens ont permis de se prononcer de manière objective au niveau médical, il existe indiscutablement une majoration des plaintes au vu de la pauvreté des signes cliniques, avec de plus 4/5 signes de WADDELL et un traitement antalgique de niveau 2, lequel n'est pris que de façon occasionnelle, les dures modifiés le lendemain en faveur d'un traitement élevé de Tramal®(traniadol) et d'Ecofénaç®CR(diclofénaç) ne pouvant plus être sérieusement pris en considération. De plus, il reste un doute sur la compliance aux autres médicaments (arrêt de l'allopurinol), pouvant exposer l'investigué à un risque d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral et d'artériopathie des membres inférieurs si la mauvaise compliance se maintient. Il est donc tout à fait recommandé de respecter les prescriptions médicales et un monitoring régulier du traitement antihypertenseur est souhaitable.

Au jour de l'expertise, le trouble de la personnalité dyssociale (ICD-10, F60.2) existant de longue date est stable, bien qu'influencé par les pics d'éthylisation, le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (ICD-10, F10.25) étant lui-même en

phase de maintenance. Ces diagnostics doivent être considérés comme deux troubles primaires, la dépendance agissant négativement sur le trouble de la personnalité car favorisant l'exacerbation de ce dernier. Leur retentissement socio-professionnel et familial est avéré de longue date et il s'agit de la principale répercussion du trouble, soit une attitude de non proactivité et de revendication à l'égard de la société. Quoiqu'il en soit, l'abstinence est exigible et doit lui être notifiée avec un suivi des recommandations thérapeutiques. Par contre, concernant le trouble de la personnalité, l'évolution est moins prévisible, mais avec l'âge, l'expression symptomatique de celui-ci a tendance à s'amender. Par ailleurs, la dépendance est primaire et non invalidante au sens de la jurisprudence, tout comme les retentissements socio-professionnels du trouble de la personnalité, l'expression symptomatique étant exacerbée par l'éthyle. En cas d'abstinence, on peut donc s'attendre à une amélioration du comportement dyssocial. Quoiqu'il en soit, ce trouble de la personnalité n'est pas invalidant et il ne l'a jamais été. En effet, il n'existe pas de limitations des fonctions cognitives en lien avec ce diagnostic et il est capable de s'adapter à un environnement professionnel s'il veut bien s'y soumettre.

Compte tenu de l'interprétation des facultés cognitives faites par l'expert en psychiatrie, il ressort qu'il existe une capacité de discernement suffisante pour comprendre l'exigibilité d'abstinence et de s'y conformer et qu'il est dans une nécessité absolue de se soigner et de se soumettre aux diverses exigences socio-professionnelles qui affectent tout membre d'une société.

Par ailleurs, la notion de comportement inadapté en groupe fait partie des manifestations du trouble de la personnalité de type dyssociale. Cet aspect de sa personnalité ne peut néanmoins compromettre la réalisation d'une activité professionnelle, car dans le passé il ne l'a pas empêché de travailler et si on estimait le contraire, cela ne ferait que renforcer et légitimer son sentiment de ne pas pouvoir travailler et d'être en droit d'attendre d'être pris entièrement en charge par la société. [...]

Objectivement, il existe donc des pathologies somatiques ne permettant plus l'emploi habituel et pouvant être partiellement limitatives dans une activité adaptée, en raison de l'aggravation de l'atteinte lombaire survenue en mars 2012, à savoir la hernie discale L3-L4 migrée vers le bas. Comme expliqué à plusieurs reprises dans le corps de l'expertise, une intervention chirurgicale semble déconseillée car trop tardive et n'apporterait vraisemblablement pas d'amélioration conséquente.

Aussi depuis mars 2012, une activité adaptée à 100% horaire et rendement ne pourra plus être tenue en raison de la nécessité de périodes de repos, éventuellement même en position allongée, du besoin de changements de positions durant le travail et de la nécessité d'effectuer de temps en temps de petits déplacements pour se soulager. Un poste de travail dont la productivité est dépendante de déplacements doit impérativement être évité puisque la déambulation sera légèrement ralentie en raison du steppage, sauf si un chaussage adapté est mis en place, ce qui réduirait considérablement le phénomène, mais pas les algies possiblement liées à la marche.

Au final, les limitations retenues interfèrent à hauteur de 30% dans un emploi adapté.

Savoir s'il est plus adéquat de proposer un 70% horaire avec 100% de rendement ou un 80% horaire avec 90% de rendement devrait être laissé à l'appréciation de l'assuré, lequel pourra juger ce qui est le plus confortable pour lui.

Mais, à l'issue de cette expertise, il est confirmé qu'il existe une consommation d'éthyle active ; le trouble étant primaire et donc non invalidant au sens de l'AI la notion d'abstinence prime sur l'ensemble des considérations. En effet, avec une consommation d'éthyle surajoutée, la recommandation d'éventuelles interventions chirurgicales doit encore plus être minorée.

De plus, au vu de ce contexte, la lenteur de l'expertisé rapportée lors de la réadaptation et sa motivation pour le moins fluctuante selon l'intérêt qu'il porte aux tâches, prennent un autre sens, même si les contrôles effectués lors du stage n'ont pas montré de prise d'éthyle, les contrôles n'ayant a priori pas été réalisés sous forme de monitoring sanguin. [...] »

Par avis du 3 septembre 2012, le Dr B._____, médecin auprès du SMR, a constaté que les investigations de la Clinique K._____ permettaient de confirmer les précédentes conclusions de ce service, soulignant en outre l'absence de pathologie psychiatrique invalidante. Il a ainsi pris en compte une capacité de travail de 70% avec un rendement de 100% ou de 80% avec un rendement de 90% dans une activité adaptée.

Partant, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente d'invalidité le 13 septembre 2012, reprenant les observations contenues dans sa décision du 23 novembre 2010, tant en termes de capacité de travail que de degré d'invalidité (34%).

Ce projet a été contesté par le mandataire de l'assuré par écriture du 15 octobre 2012, ce dernier réfutant en particulier l'analyse effectuée par la Clinique K._____ sur le plan psychiatrique. L'OAI a néanmoins maintenu les termes dudit projet dans une décision datée du 21 janvier 2013.

L'assuré a une nouvelle fois saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, recourant contre la décision précitée par acte de son mandataire du 21 février 2013. Il fait valoir en substance l'absence de toute appréciation globale de son cas par les experts mandatés par l'administration et les contradictions de leurs conclusions, arguant notamment du point de vue psychique du constat d'une

comorbidité - soit un trouble de la personnalité - associée à la dépendance à l'alcool, sans toutefois que l'impact des décompensations en résultant ait été évalué en termes de capacité de travail. Le recourant relève également sur le plan somatique qu'une opération du dos planifiée en septembre 2012 a finalement été annulée du fait des risques encourus, tandis que l'importante symptomatologie douloureuse corrélative l'entraverait considérablement tant dans son quotidien que dans l'exercice d'une activité lucrative. Mettant en doute la valeur probante de l'expertise réalisée par la Clinique K._____, il conclut à l'annulation de la décision incriminée et à la reconnaissance de son droit à des prestations AI, après instruction complémentaire sous forme d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Il a enfin requis l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite, au vu de la précarité de son budget.

La juge instructrice a donné suite favorable à cette dernière requête par décision du 18 avril 2013, aux termes de laquelle l'assuré a été exonéré d'avances et de frais judiciaires.

L'OAI a déposé sa réponse au recours le 21 mai 2013, concluant au maintien de sa décision du 21 janvier 2013 et se ralliant sur le plan médical aux observations consignées par le SMR dans un nouvel avis, émis le 7 mai 2013. Les Drs B._____ et C._____ y rappellent notamment que la Dresse R._____ n'a pas considéré que la dépendance à l'alcool de son patient influait sur sa capacité de travail, tandis que cette problématique serait apparue de longue date, à une période où aucune comorbidité psychiatrique grave n'aurait été diagnostiquée.

Le recourant a répliqué le 12 juin 2013, rappelant que la jurisprudence fédérale pertinente en matière de dépendance n'aurait pas été respectée in casu, ce qui dénuerait l'expertise de la Clinique K._____ de toute force probante.

L'intimé a persisté dans ses précédentes conclusions par acte du 9 juillet 2013, tandis que le recourant en a fait de même, tout en réitérant

ses réquisitions tendant à l'instruction complémentaire de son cas, en date du 9 janvier 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 al. 1 LPGA).

In casu, le recours déposé le 21 février 2013 contre la décision de l'OAI du 21 janvier 2013 a été formé en temps utile 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.

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).

2. Est litigieuse en l'espèce la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre par l'OAI consécutivement à l'arrêt de la Cour de céans du 13 décembre 2011, destinée à déterminer une éventuelle modification substantielle de l'état de santé du recourant entre

le 24 octobre 2006, date de la première décision de refus de rente rendue par l'intimé, et le 21 janvier 2013 correspondant à la date de la décision entreprise.

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, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 et ATF 113 V 275 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine ; RCC 1987 p. 36 ; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevison in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg, 2003, ch. 490 p. 135). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence ; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006, consid. 2.2).

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. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF [Tribunal fédéral] I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de

l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

c) De jurisprudence fédérale constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c et référence citée ; TF 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 ; TFA I 758/01 du 5 novembre 2002 consid. 1.1).

On ajoutera que la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique (TF 9C_706/2012 du 1^{er} juillet 2013 consid. 3.2). Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. TFA I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et références citées ; TF

9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 ; TF 8C_356/2012 du 11 février 2013 et références citée).

En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conclut à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4) Lorsqu'une toxicodépendance n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, on emploie parfois la terminologie d'affection « primaire », qui n'est pas constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale (TF 9C_219/2007 du 3 avril 2008).

4. a) Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - 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 peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

b) Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de 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 trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se

fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe que les points litigieux 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

5. In casu, il n'est pas contesté que le recourant est totalement incapable d'exercer son ancienne activité d'aide de cuisine. La question en suspens demeure celle de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

L'on retiendra que les médecins traitants en charge du recourant ont posé différents diagnostics, tant du registre physique que psychique, qui justifieraient des restrictions à l'exercice d'une activité lucrative. Chacun de ces diagnostics a fait l'objet d'une investigation spécifique par les spécialistes de la Clinique K._____.

a) Sur le plan psychique, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10.25), qualifiés de primaires du fait de l'abstinence exigible, ont été pris en considération. Ces troubles seraient apparus de longue date, vraisemblablement en corrélation avec un trouble de la personnalité dyssociale (F60.2), supposé se développer dès l'âge adulte (p. 89 du rapport d'expertise de la Clinique K._____). Ainsi que le relève le recourant, l'on concèdera que les experts ont

effectivement retenu une pathologie psychiatrique au titre de comorbidité associée à la consommation d'alcool. Cela étant, les experts ont expressément souligné que les décompensations du trouble de la personnalité intervenaient « sous l'effet de substances psychoactives » et étaient dénuées de tout impact réellement incapacitant en cas d'abstinence, au demeurant parfaitement exigible de la part de l'assuré (p. 109 ibidem). Force est d'ailleurs d'observer que les circonstances anamnestiques du cas particulier viennent corroborer cette conclusion. Eu égard au trouble de la personnalité, il s'agit de rappeler - à l'instar du SMR aux termes de son avis du 9 janvier 2013 - que le recourant a été en mesure d'exercer une activité lucrative pendant près de quinze ans, soit de 1979 à 1994, sans que cette pathologie psychique n'ait interféré sur ses capacités professionnelles, déployées principalement en équipe. Or, ainsi que le met en exergue le SMR dans l'avis précité, la jurisprudence fédérale pertinente en matière de dépendance, citée supra sous considérant 3c, requiert que la comorbidité psychiatrique associée à la dépendance à l'alcool soit d'une certaine gravité ou acuité que nul spécialiste en psychiatrie n'a constaté dans le cas du recourant. En sus de ses capacités à exercer une activité lucrative tout en contrôlant sa consommation éthylique, l'assuré n'a jamais requis de soins spécifiques du registre psychiatrique. Il n'a en l'état aucun suivi psychiatrique sérieux, ni traitement médicamenteux particulier en lien avec les pathologies psychiques évoquées dans son cas, ce qui légitime d'en déduire l'absence de gravité ou d'acuité, partant de caractère invalidant, de ces atteintes. Les conclusions des experts, consignées sous rubrique « discussion et synthèse polydisciplinaire » (p. 121 de l'expertise de la Clinique K._____) apparaissent en conséquence cohérentes au regard de l'anamnèse, des plaintes de l'assuré et des constatations cliniques objectives.

L'on ne saurait par ailleurs s'étonner que les experts aient écarté le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) faute de stress inhabituel ou catastrophique susceptible d'en constituer la cause, une dépendance de longue durée ne pouvant manifestement pas être considérée comme un tel événement. En

outre, si ce trouble devait être qualifié de conséquence de la dépendance à l'alcool ou du traumatisme subi des suites du licenciement, il ne revêtirait pas davantage un degré de gravité et d'acuité suffisant au regard de la jurisprudence fédérale pertinente, dans la mesure où ce type de trouble psychique est par définition limité dans le temps (cf. à cet égard Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-IV, critère E des caractéristiques diagnostiques du trouble de l'adaptation, limité à six mois consécutivement à l'apparition du facteur de stress).

Quant au diagnostic de syndrome somatoforme persistant (F45.4), force est de relever que faute de plaintes somatiques dénuées de substrat organique, c'est à juste titre que ce diagnostic a également été nié par les experts de la Clinique K._____.

En définitive, contrairement à ce que soutient le recourant, l'on retiendra que les observations étoffées des experts de la Clinique K._____ sur le plan psychique justifient les conclusions asséculo-logiques énoncées par le SMR à cet égard. L'OAI était donc légitimé à s'y référer pour retenir l'absence d'atteinte à la santé invalidante du registre psychiatrique.

b) Il en va différemment de l'aspect somatique, tel qu'investigé par les spécialistes de la Clinique K._____. Ces derniers ont en effet observé une aggravation de l'état de santé de l'assuré, survenue en mars 2012 du fait d'une hernie discale L3-L4, migrée vers le bas, avec conflit disco-radriculaire L5 gauche (p. 49 ss de l'expertise de la Clinique K._____). Il est exposé que cette problématique a entraîné un déficit complet des releveurs du pied gauche (p. 46 ibidem) et qu'un avis chirurgical - au demeurant envisagé par l'assuré dans le cadre d'une consultation spécialisée planifiée le 7 juillet 2012 auprès du Centre hospitalier E._____ - est recommandé (p. 50 ibidem).

Or, les détails de cet examen n'ont été requis ni par les experts en vue de l'émission de leur rapport du 20 août 2012, ni par l'OAI, respectivement le SMR, dans le cadre de l'appréciation définitive de la

situation du recourant. Ce n'est qu'au stade de la présente procédure, dans l'acte de recours du 21 février 2013, que l'assuré a signalé que des risques trop importants avaient justifié la renonciation à une intervention du dos prévue en septembre 2012. Cela étant, l'on ignore en l'état la nature exacte des investigations subies par l'assuré au sein du Centre hospitalier E. _____ et les constats objectifs des spécialistes consultés à cette occasion.

Sur le plan de la capacité de travail, il y a également lieu de constater que les conclusions des experts de la Clinique K. _____ reposent sur des fondements tant contradictoires et qu'incomplets sur le plan somatique.

En effet, l'on remarquera notamment que les experts soutiennent que la capacité de travail du recourant avait été précédemment sous-évaluée à l'issue de l'examen rhumatologique conduit par le Dr N. _____. Ils ont estimé que l'exercice d'une activité aurait été exigible à plein temps, en lieu et place de 70%, ce quand bien même ils ont signalé en parallèle que l'atteinte de l'épaule se répercutait sur la capacité de travail (p.55 de l'expertise de la Clinique K. _____). Or, en dépit de cette appréciation, ils ont maintenu une capacité de travail de 70% ou de 80% sous déduction d'une baisse de rendement de 10%, du seul fait de la survenance d'une hernie discale, sans autres explications, écartant de fait les répercussions de l'atteinte de l'épaule sur dite capacité (p. 68 ibidem).

En outre, les experts préconisent le port de chaussures adaptées en vue de réduire le phénomène de steppage observé auprès de l'assuré, sans toutefois préciser si leur appréciation de la capacité de travail - diminuée de 30% - tient effectivement compte d'une telle adaptation.

Aussi, l'on ne peut que déduire que les conclusions des experts sont sommairement motivées quant à l'effet des pathologies somatiques sur la capacité de travail dans une activité adaptée, restant lacunaires sur

les répercussions effectives des atteintes des épaules et de la hernie discale (p. 122 à 125 ibidem). L'absence d'explications étayées sur la prétendue sous-évaluation de la capacité de travail antérieurement à l'aggravation de l'état de santé du recourant contribue par ailleurs à faire douter de la cohérence des conclusions des experts sur le plan rhumatologique.

Vu les éléments qui précèdent, il s'agit de considérer que l'expertise réalisée par la Clinique K._____ est incomplète et ambigüe dans ses constats et conclusions, ne remplissant dès lors pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante, ce à tout le moins quant au volet somatique de l'état de santé du recourant.

6. Compte tenu des carences dont souffre le dossier de la cause sur le plan médical, il ne saurait être question en l'état de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité du recourant, un complément d'instruction devant être opéré.

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 précité). 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 (cf. 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 LPG). Selon la jurisprudence, 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).

In casu, il ne fait pas de doute qu'il incombait à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation de recourant. Singulièrement, il lui appartenait de requérir les rapports des investigations conduites auprès du Centre hospitalier E._____ dès la consultation du 7 juillet 2012, ainsi que de solliciter directement les experts de la Clinique K._____ afin que soient dissipés les doutes relatifs à la capacité de travail de l'assuré du point de vue somatique.

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

7. a) 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.

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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). A noter que, l'octroi de l'assistance judiciaire ayant été limité aux frais de justice sans désignation d'un avocat d'office, aucune indemnité spécifique n'est due à ce titre.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 21 janvier 2013 par l'intimé 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'intimé.

- IV. L'intimé versera au recourant la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

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 :

- PROCAP Suisse, Me Caroline Ledermann, à Bienne (pour T. _____),
- 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 :