

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 décembre 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : MM. Berthoud et Perdrix, assesseurs
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

N. _____, à Aubonne, recourant,

et

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

Art. 6ss LPGA; 4 LAI

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1953, marié et instituteur, a déposé une demande de prestations AI pour adultes sous la forme de rente le 20 juin 2007.

Le 30 juillet 2007, le Dr U. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, diagnostique une hypersomnie secondaire et un syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS) depuis 2001, ces diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail qu'il estime en tant qu'instituteur à 100% du 30 mai 2005 au 22 août 2006, à 50% du 23 août 2006 au 21 mai 2007 et à 100% depuis le 22 mai 2007. Dans un travail physique léger, en évitant de rester assis, le médecin traitant estime la capacité de travail de quatre à huit heures par jour avec une diminution de rendement de l'ordre de 20 à 30%. Il diagnostique également un restless legs syndrome (RLS) et une dishydrose plantaire en tant qu'atteintes sans répercussions sur la capacité de travail. Ce médecin indique en outre notamment ce qui suit:

"3. Anamnèse:

Découverte de troubles du sommeil graves depuis le printemps 2001. Traitements successifs et progressifs contre les SAOS et le RLS. Episode anxio-dépressif en avril 2001 avec hospitalisation en psychiatrie (Hôpital [...]) ensuite traitement ambulatoire par le Dr H. _____ / psychiatre à [...] depuis juin 2001 pendant plus d'une année.

Traitement des troubles du sommeil par Dr Z. _____ / Lausanne et Dr A. _____ / Lausanne avec mise en place d'une orthèse mandibulaire et ensuite mise en place d'une CPAP (très mal tolérée en général). Le patient a été forcé de réduire son temps de travail à 50% depuis l'été 2006. Puis incapacité totale depuis mai 2007.

4. Plaintes subjectives:

Monsieur N. _____ se plaint d'une fatigue diurne importante. Céphalées récidivantes. Endormissement[s] fréquents: en classe, à table, devant la TV, lors de trajets en train (manque parfois la station!). Sur l'autoroute, il ne peut plus conduire sa voiture au-delà de 15-20 km sans devoir s'arrêter. Agitation nocturne fréquente (selon l'épouse). Se débarrasse souvent de son masque de CPAP. Sa vie professionnelle, sociale et maritale s'en trouve très altérée.

[...]

7. Pronostic:

Mauvais tant que la durée d'utilisation quotidienne moyenne de la CPAP ne pourra pas être améliorée, les répercussions diurnes

resteront élevées. De plus, déconditionnement professionnel progressif au fil des mois et des années."

A ce rapport étaient joints:

- Un rapport du 16 août 2006 du Dr Z._____, spécialiste en neurologie, qui conclut comme il suit:

"Cette polysomnographie effectuée en Split-Night confirme l'existence d'un SAOS très sévère bien contrôlé par le traitement actuel avec un Auto-CPAP. Une amélioration de la perméabilité nasale comme évoquée dans le rapport du 03.07.2006 du Docteur P._____ permettrait peut-être d'améliorer la tolérance à cet appareillage et son efficacité. Par ailleurs, le RLS et les MPJS semblent bien contrôlés par le traitement actuel de Sifrol. Il semble donc que l'hypersomnie invalidante de Monsieur N._____ puisse être attribuée uniquement à son SAOS. Je présenterai ce cas lors d'un prochain colloque du CLMS."

- Un rapport du 8 décembre 2006 du Dr A._____, pneumologue, qui indique notamment ce qui suit:

"Rappelons que M. N._____ qui est connu pour des troubles thymiques et un status après décompensation maniaque en 2002, souffre d'un SAOS avec un index global apnées-hypopnées à 18/heure diagnostiqué en 2001 par une polysomnographie. En raison d'un échec d'un traitement par prothèse mandibulaire, un CPAP est instauré depuis décembre 2005. En plus de ce trouble il souffre d'un syndrome des mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil (MPJS) avec un index à 30/heure, traité par Sifrol. Le traitement de CPAP est plus ou moins bien supporté avec une tolérance moyenne. En raison de la non amélioration significative de la symptomatologie diurne, une polysomnographie en split night a été réalisée le 18.7.2006. Cet examen montre durant la première partie de la nuit sans CPAP, un SAOS extrêmement sévère avec un index d'apnées à 107/heure et un index global apnées-hypopnées à 112/heure! Durant la deuxième partie de la nuit, il y a une très nette amélioration puisque à ce moment-là l'index apnées-hypopnées passe à 10/heure. Comme le patient se plaint d'une obstruction nasale, une cautérisation par le Dr P._____ a été effectuée par la suite.

Actuellement le patient utilise toujours son CPAP d'une manière fluctuante avec une moyenne d'utilisation de 3h46' par nuit. La tolérance nasale du masque est meilleure actuellement. Les nuits sont d'assez bonne qualité et la journée le patient se sent un peu moins fatigué qu'auparavant.

L'analyse des paramètres de l'appareil montre que la pression pour le 90^{ème} pourcentile se situe à 9 cm H₂O, et que l'index apnées-hypopnées résiduelles est à 11,2/heure, il était dix fois plus élevé sans traitement!

Compte tenu de ces éléments on peut considérer que le traitement d'auto-CPAP est parfaitement bien adapté. J'ai encouragé le patient à utiliser son appareil le plus régulièrement possible."

Dans un rapport médical du 30 juillet 2007, le Dr A._____, qui suit l'assuré pour son problème d'apnées du sommeil, indique notamment ce qui suit:

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

- Etat dépressif
- Syndrome des apnées du sommeil sévère (112/heure) traité par auto-CPAP depuis décembre 2005
- Troubles thymiques avec état dépressif, status après décompensation maniaque en 2002
- Syndrome des mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil (MPJS) avec un index à 30/heure, traité

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:

- Status après syndrome de Claude-Bernard-Horner gauche post-obstétrical.

[...]

7. Thérapie / Pronostic

Par rapport au SAOS, le traitement est actuellement efficace. Il persiste des troubles d'hypersomnolence et de fatigue qui entrent dans le cadre de l'état dépressif."

Le Dr A._____ indique alors ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré.

Le 29 octobre 2008, le Dr H._____ communique à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) avoir suivi l'assuré de juin 2001 à octobre 2006 dans le contexte d'une psychothérapie pour un état dépressif chez une personnalité à traits phobiques. Ce traitement étant terminé, ce médecin indique ne plus avoir revu l'assuré depuis deux ans. Il ajoute que d'après un récent entretien avec M. N._____ à réception du questionnaire de l'OAI, l'assuré lui a confié se sentir bien sur le plan psychologique, cet aspect ne jouant selon lui pas de rôle dans son problème de santé actuel motivant son arrêt de travail (à savoir, les apnées du sommeil).

Selon rapport d'examen SMR du 15 décembre 2008 réalisé par le Dr I._____, co-signé par la Dresse E._____, médecin-chef et pneumologue, la situation était résumée en ces termes:

"Instituteur à l'Etat de [...], traité par son médecin de famille pour des troubles du sommeil dès 1996, et pour un état dépressif de 2001 à 2006 chez un psychiatre. Il a été traité dès 2001 pour un syndrome des jambes sans repos et depuis 2005 par un pneumologue pour un syndrome des apnées du sommeil. L'assuré a été mis en incapacité de travail par son médecin traitant, le Dr U._____ à 100% dès le 30.05.2005, puis 50% du 23.08.2006 au 30.08.2007, ensuite définitivement à 100%, pour le syndrome des apnées du sommeil avec une hypersomnie diurne. Cependant, il atteste que l'assuré peut conduire son auto, ce qui jette un doute sur la gravité de ses troubles. D'autre part, l'adhérence de l'assuré à son traitement ne semble pas parfaite, la tolérance au traitement tant par orthèse mandibulaire que par auto-CPAP étant décrite comme mauvaise, bien que ce traitement soit efficace, selon le rapport du pneumologue. On ne comprend pas pourquoi on n'a pas été tenté d'améliorer l'utilisation de cet appareil, par exemple au cours d'une hospitalisation dans un centre spécialisé. Le Dr A._____ n'a pas établi de certificat d'incapacité de travail, mais se prononce pour une incapacité totale en invoquant un état dépressif. Le Dr H._____, psychiatre, qui a suivi l'assuré de 2001 à 2006 pour un état dépressif avec des traits phobiques atteste qu'il ne l'a plus vu depuis 2 ans et que cette affection n'a pas de répercussion actuellement sur sa capacité de travail. Quant au syndrome des jambes sans repos, il est traité depuis 2000 selon le médecin traitant, qui l'estime sans répercussion sur la capacité de travail. En conclusion, les renseignements médicaux ne justifient pas les incapacités de longue durée attestées pour cet assuré, dont les plaintes de fatigue et de somnolence peuvent être améliorées par une meilleure adhérence aux traitements, ce qui est exigible sur le plan médical."

Le 7 avril 2009, l'OAI adresse à l'assuré un projet de décision dans le sens du rejet de la demande de prestations AI. Il considère en particulier ce qui suit:

"Après étude de votre dossier, il ressort que médicalement vous avez présenté quelques incapacités de travail en raison d'un syndrome des apnées du sommeil avec une hypersomnie diurne. D'autre part, l'adhérence à votre traitement ne semble pas parfaite, la tolérance au traitement par orthèse mandibulaire que par auto-CPAP étant décrite comme mauvaise bien que ce traitement soit efficace selon le rapport du pneumologue. Du point de vue psychiatrique, vous avez été suivi pour un état dépressif avec des traits phobiques de 2001 à 2006 mais cette affection n'a pas de répercussion actuellement sur votre capacité résiduelle de travail. Quant au syndrome des jambes sans repos, vous êtes traité depuis 2000 et ce diagnostic est également sans répercussion sur votre capacité de travail.

En conclusion, les renseignements médicaux du dossier ne justifient pas les incapacités de travail de longue durée dont les plaintes de fatigue et de somnolence peuvent être améliorées par une meilleure adhérence aux traitements, ce qui est exigible sur le plan médical."

Par lettre du 12 mai 2009, l'assuré expose les motifs pour lesquels il est en désaccord avec le projet précité.

Reprenant la motivation de son projet, l'OAI rend le 22 juin 2009 une décision de rejet de la demande de rente AI.

B. Par acte adressé le 20 août 2009 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, l'assuré forme recours contre la décision de rejet précitée. Le recourant conclut à l'octroi d'une rente de l'AI. Il produit un rapport du 19 juin 2009 des médecins l'Hôpital de [...] dont il résulte notamment ce qui suit :

" Diagnostics:

Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) de degré sévère avec un IAH de 51 appareillé par CPAP depuis 2005 avec status post échec d'un traitement par propulseur mandibulaire. G47.3

Troubles dysthymiques avec status post décompensation maniaque en 2002. F34.1/F30.9

Syndrome des mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil avec un index de 30. G25.9

Syndrome de Claude Bernard Horner gauche post obstétrical.

Rappel anamnestique: Ce patient de 56 ans, actuellement en incapacité de travail, est connu pour un SAOS depuis 2001 avec instauration d'un CPAP Remstar Auto Série M (4-11cm d'H2O) depuis 2005. Ce traitement, bien toléré au début, est actuellement très mal supporté. En effet, M. N. _____ n'utilise pas régulièrement son appareil et ne le porte qu'environ 1h30/nuit au maximum. On constate cependant une bonne efficacité de l'appareillage sur la base d'un index d'apnées/hypopnées résiduel de 10. En raison de l'intolérance au CPAP et de symptômes diurnes très invalidants, le patient nous est adressé pour adaptation du traitement.

[...]

Discussion, évolution et traitement: Nous effectuons la première nuit une polygraphie native sans CPAP qui objective un IAH de 51 avec prédominance d'apnées obstructives (40%) et d'hypopnées (23%) associés à 28% d'apnées centrales et 7% d'apnées mixtes. Après la lecture de la carte-mémoire de la machine, nous constatons que la pression plafonne à plusieurs reprises à 11 cm d' H2O et augmentons donc les pressions à 4-16 cm d'H2O.

La polygraphie respiratoire nocturne sous ce réglage et air ambiant montre un IAH de 22 et une prédominance d'hypopnées centrales avec un certain caractère périodique, un index de désaturations de 3% à 7 et une SpO2 moy. à 92%. M. N. _____ rapporte par ailleurs une meilleure tolérance de l'appareillage sans parvenir à expliquer la raison de cette amélioration.

Au vu de ces résultats toujours médiocres, nous tentons un essai par BiPAP Synchrony (16/9 cm d' H2O; fr.12) et réalisons une nouvelle polygraphie. L'examen met en évidence un IAH à 8, un index de désaturations de 3% de 11 et une SpO2 moy. de 96%. Le patient tolère relativement bien la VNI avec cependant une utilisation limitée à 4h30 durant la nuit d'enregistrement.

M. N._____ étant pressé de retrouver son domicile, nous profitons de la dernière nuit pour documenter un essai par BiPAP Auto SV (11-20/9 cm d'H2O; fr.12). Le patient tolère mal cet appareillage et ne garde le BiPAP que 2h30 durant lesquelles il n'a par ailleurs probablement pas dormi. La polygraphie nocturne montre un IAH à 3 sur le laps de temps sous VNI, ainsi qu'un index de désaturations de 3% à 7 et une SpO2 de 95%.

Ces essais de VNI étant peu concluants notamment en raison d'une mauvaise adhésion, nous laissons repartir M. N._____ avec le CPAP Remstar Auto (4-16 cm d'H2O). Les résultats obtenus sous VNI sont certes légèrement meilleurs que ceux sous CPAP, mais au vu d'une durée d'utilisation insuffisante durant les nuits d'hospitalisation, il nous est difficile de justifier auprès de l'assurance l'attribution d'un ventilateur à ce stade.

D'autre part, Mr N._____ souffre d'un syndrome des mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil (MPJS) et d'un syndrome des jambes sans repos (SJSR), tous deux mal contrôlés par des doses déjà élevées de Sifrol. Après discussion avec le Dr Z._____, ce dernier propose de revoir le patient en ambulatoire afin d'adapter le traitement médicamenteux.

Finalement, nous pensons qu'un meilleur contrôle du MPJS pourrait accroître la qualité du sommeil voire même la tolérance du CPAP en diminuant les micro-éveils. Si en dépit de ces adaptations et d'une adhésion adéquate au CPAP, un IAH élevé persiste, un nouvel essai de BiPAP ou de ventilation servo-assistée pourrait se justifier. Nous restons à disposition pour revoir le patient selon l'évolution."

Dans ses écritures ultérieures des 12 novembre 2009 et 5 janvier 2010, le recourant maintient les conclusions de son recours. Il expose en outre dans sa dernière écriture avoir renoncé à utiliser le CPAP, appareil qu'il ne supportait plus ceci en accord avec le Dr A._____.

Par réponse adressée le 27 octobre 2009 à la cour des assurances sociales, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. En annexe à ses écritures ultérieures des 1^{er} décembre 2009 et 19 janvier 2010, l'intimé produit notamment deux avis médicaux auxquels il se réfère pleinement:

- Un avis médical du 24 novembre 2009 du Dr R._____, médecin-chef adjoint du SMR, dont la teneur est la suivante :

"Dans sa réplique au Tribunal cantonal, l'assuré mentionne un séjour à l'Hôpital de [...] en mai 2009 dont nous n'avions pas connaissance lors de la décision.

La lettre de sortie de cet établissement confirme que le traitement de CPAP appliqué n'apporte pas les résultats escomptés.

Le meilleur résultat a été obtenu par un BiPAP Synchrony, avec un IAH de 8. un index de désaturation de 3% de 11 et une pO2 moyenne de 96%.

Les spécialistes suggèrent qu'un meilleur contrôle du syndrome des jambes sans repos pourrait améliorer aussi la tolérance au CPAP, et donc avoir un effet favorable sur les somnolences diurnes.

Nous ignorons malheureusement l'évolution depuis la sortie de l'Hôpital, et nos Confrères ne se prononcent pas expressément sur la capacité de travail.

Nous pensons qu'un complément d'instruction est indiqué, mais la décision appartient à la Cour des assurances."

- Un avis médical du 12 janvier 2010 du Dr R. _____ exprime ce qui suit:

"Il ressort du courrier de l'assuré du 5 janvier 2010 que ce dernier a définitivement abandonné le traitement par CPAP en décembre 2009, en dépit des recommandations des spécialistes de l'Hôpital de [...]. Les possibilités thérapeutiques ne sont de loin pas épuisées. Le traitement proposé à la sortie de l'Hôpital de [...] est médicalement exigible, et il est de nature à améliorer significativement l'état de santé de l'assuré dans un délai assez bref. Nous considérons dès lors qu'il est prématuré de prendre une décision d'octroi de rente."

En l'état du dossier, le Dr R. _____ estime qu'un complément d'instruction n'est pas utile tant que le traitement proposé n'a pas été mis en œuvre.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, 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 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre 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.

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 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales prévues par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours adressé le 20 août 2009 par N._____ contre la décision rendue le 22 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Compte tenu des fériés judiciaires d'été du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours doit être considéré comme déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité sans limitation dans le temps, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47); la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]), et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En l'espèce, est litigieuse l'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant - ce dernier ne s'estimant plus en mesure d'exercer son activité professionnelle, ceci en raison de ses insomnies diurnes consécutives à ses apnées du sommeil qui ne peuvent être traitées à satisfaction, tandis que l'office intimé considère que les possibilités thérapeutiques ne sont de loin pas épuisées de sorte qu'il existe un traitement exigible de nature à améliorer significativement l'état de santé de l'assuré dans un délai assez bref - et partant, le droit éventuel de l'assuré à bénéficier d'une rente de l'AI. S'agissant de la nécessité d'un complément d'instruction tel que requis par le recourant, l'intimé s'en remet pour sa part à justice.

3. a) Aux termes de l'art. 8 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 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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. L'art. 6 LPGA définit l'incapacité de travail comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité exigible peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF

8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 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; Pratique VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b/cc; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

4. a) En l'espèce, le Dr U. _____ (médecin traitant) estimait en juillet 2007 l'incapacité de travail totale dans l'activité d'enseignant en raison d'une hypersomnie secondaire et un syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS), le restless legs syndrome (RLS) n'étant pas diagnostiqué comme invalidant. Le Dr Z. _____, spécialiste en neurologie, était également d'avis vers la mi-août 2006 que l'hypersomnie invalidante devait être attribuée uniquement au SAOS alors bien contrôlé par le traitement avec un Auto-CPAP. Le 8 décembre 2006, le Dr A. _____, pneumologue suivant l'assuré, considérait que le traitement d'auto-CPAP était parfaitement bien adapté. Le 30 juillet 2007, ce médecin estimait que nonobstant le traitement du SAOS précité, il persistait des troubles d'hypersomnolence et de fatigue qui entraient dans le cadre de l'état dépressif. Le 29 octobre 2008, le Dr H. _____, psychiatre, mentionnait qu'il n'avait plus revu le recourant depuis deux ans, qu'il avait pris contact avec lui et que le recourant lui avait dit se sentir plutôt bien sur le plan psychologique. Selon rapport médical du 19 juin 2009, les médecins de l'Hôpital de [...] mentionnaient que c'était en raison de l'intolérance au CPAP et de symptômes diurnes très invalidants, que le patient leur avait été adressé pour adaptation du traitement (essais de différents nouveaux appareils avec polygraphies respiratoires). Ils relevaient toutefois que ces essais de nouveaux appareillages étant peu concluants, notamment en raison d'une mauvaise adhésion, ils laissaient repartir le recourant avec le CPAP Remstar Auto Série M employé depuis décembre 2005. Ils ajoutaient que le recourant souffrait alors d'un syndrome des mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil (MPJS) et d'un syndrome des jambes sans repos (SJSR), tous deux mal

contrôlés par des doses déjà élevées de Sifrol. Les médecins estimaient qu'un meilleur contrôle du MPJS pourrait accroître la qualité du sommeil voire même la tolérance du CPAP en diminuant les micro-éveils.

Au vu de ces rapports médicaux, la cour de céans n'est pas suffisamment renseignée pour pouvoir statuer en l'état. En effet, on sait que le CPAP est mal toléré et qu'en cours de procédure, le recourant y a renoncé (cf. écriture du 5 janvier 2010). On ignore toutefois si le port de cet appareil ou d'un autre modèle est médicalement exigible de la part du recourant ou si tel n'est pas le cas et pour quels motifs. Depuis 2007, le syndrome des mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil (MPJS) et celui des jambes sans repos (SJSR) semblent s'être péjorés sans que l'on sache dans quelle mesure, ni si un autre traitement médical est en cours, ni si ces deux syndromes entraînent une incapacité de travail.

En outre, les renseignements au dossier sur le plan psychiatrique sont très pauvres, le Dr H._____ indiquant à fin octobre 2008 n'avoir plus revu le recourant depuis la fin de son traitement en 2006, mais qu'après un entretien faisant suite à la réception du questionnaire de l'OAI, l'assuré lui a fait part de son appréciation personnelle selon laquelle, il se sentait bien sur le plan psychologique. Toutefois ce dernier point de vue ne peut être tenu pour déterminant dans la mesure où il est remis en question par le Dr A._____ qui estime à la fin juillet 2007, que les troubles de fatigue et d'hypersomnolence entrent dans le cadre de l'état dépressif.

b) En conséquence, la constatation des faits pertinents étant incomplète, la cause doit être renvoyée à l'OAI afin qu'il ordonne une expertise pluridisciplinaire portant tant sur les troubles somatiques que psychiques du recourant, notamment sur leur évolution et leurs conséquences sur la capacité de travail.

Il n'est pas opportun que le Tribunal cantonal ordonne lui-même une expertise judiciaire, ni qu'il suspende la cause le temps que l'intimé complète l'instruction. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour

but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3 et les références). En l'occurrence, la solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour les motifs que l'on vient d'exposer, à annuler la décision attaquée et à renvoyer l'affaire à l'intimé afin qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants puis qu'il rende une nouvelle décision tenant compte de l'évaluation médicale globale (troubles somatiques et psychiatriques) et actualisée de l'état de santé, respectivement du degré d'invalidité du recourant.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, fondé, doit être admis et la décision rendue le 22 juin 2009 par l'OAI annulée. La cause sera renvoyée à l'autorité intimée pour nouvelle décision après complément d'instruction au 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 de justice. 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. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA), comprenant une participation aux honoraires de son avocat, fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA; art. 7 al. 3 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008 [TFJAS, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, le recourant ayant assuré seul la défense de ses

intérêts en procédure sans recourir aux services d'un mandataire professionnel, il ne saurait dès lors prétendre à l'allocation de dépens.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 22 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour nouvelle décision après complément d'instruction au sens des considérants.

- III. Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- N. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :