

VD_FINDINFO AI 232/09 - 312/2011 vom 21. Juli 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-07-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_232_09_-_312_2011

FR: VD_FINDINFO AI 232/09 - 312/2011 du 21 juillet 2011

IT: VD_FINDINFO AI 232/09 - 312/2011 del 21 luglio 2011

Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ALCOOLISME, AFFECTION PSYCHIQUE | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 21.07.2011 AI 232/09 - 312/2011

ATTEINTE À LA SANTÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ALCOOLISME, AFFECTION PSYCHIQUE | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 232/09 - 312/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juillet 2011

Présidence de Mme Thalman Juges : Mme Pasche, juge et M. Zbinden, assesseur Greffier : M. d'Eggis ***** Cause pendante entre : R. _____, à Pully, recourant, représenté par Me Patrick Mangold, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, intimé, à Vevey, _____ Art. 6, 7, 8 LPGA; 4 et 28 LAI E n f a i t : A. Le 17 octobre 2002, R. _____, né le 28 juillet 1968, a déposé une demande de prestations AI. Il avait exercé auparavant la profession de délégué commercial chez France Loisirs, puis d'agent de rampe à l'aéroport de Genève, avant d'être au chômage depuis décembre 2001. Dans un rapport médical du 6 novembre 2002, le Dr B. _____, chef de clinique adjoint au Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV, à Lausanne, pose les diagnostics d'hémisyndrome moteur gauche, d'héminégligence gauche et de troubles neuropsychologiques (troubles exécutifs, mnésiques, praxiques et ralentissement) sur ischémie du noyau caudé droit le 12 août 2002, ces troubles ayant des répercussions sur la capacité de travail. Dans les affections médicales qui n'ont pas de répercussions sur la capacité de travail, le Dr B. _____ mentionne l'infarctus sous-endocardique du 12 août 2002 et l'hypercholestérolémie traitée. Ce spécialiste atteste une incapacité de travail de 100% depuis le 6 août 2002. Il précise qu'une nouvelle évaluation neuropsychologique et de la capacité de travail va être effectuée en janvier 2003. Dans un rapport du 6 août 2003, le Dr B. _____ rapporte une amélioration de l'état de santé de l'assuré. Il note la persistance de discrets troubles neuropsychologiques. Il formule un pronostic favorable quant à la capacité de travail et à la reprise de la conduite automobile (après un contrôle avec un moniteur d'auto-école). Il parle d'une reprise d'activité professionnelle à 50% à augmenter progressivement, puis à 100% à moyen terme, en évitant des conditions de stress et de fatigabilité trop importantes. Le 5 août 2004, ce praticien relate que l'évolution depuis son dernier rapport est défavorable pour des raisons non neurologiques (consommation d'alcool excessives et état anxio-dépressif), le patient étant en incapacité de travail depuis le

20 février 2004. Il indique que les handicaps fonctionnels dans la dernière activité sont sur le plan neurologique un ralentissement et des troubles attentionnels lesquels diminuent légèrement le rendement de l'ordre de 10% environ. Dans un rapport médical du 3 février 2005, les Dr V. _____ et D. _____, chef de clinique et médecin assistant au Centre de traitement en alcoologie de la Policlinique médicale universitaire (ci-après : PMU), à Lausanne, posent les diagnostics de trouble anxieux, de syndrome de dépendance à l'alcool et de trouble de la personnalité mixte, dépendant et immature depuis l'adolescence dans les affections qui ont une répercussion sur la capacité de travail. Les affections somatiques sont rapportées dans la rubrique des diagnostics qui n'ont pas de répercussions sur la capacité de travail. Selon ce rapport, l'augmentation de la consommation d'alcool remonte à l'activité de l'assuré chez Easy Jet et une incapacité de travail de 100% existe depuis cette période en raison du syndrome de dépendance à l'alcool depuis 2001 environ. Les Drs V. _____ et D. _____ mentionnent les nombreux sevrages alcooliques et les suivis dans différentes structures appropriées, suivis qui se sont toujours soldés par des échecs. Ils formulent un pronostic réservé. Le 16 février 2005, le Dr M. _____, spécialiste FMH en médecine interne, pose les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de séquelles neuro-psychologiques après ablation d'une tumeur du troisième ventricule cérébral, dépendance alcoolique et anxiété généralisée depuis 2002. Il retient une incapacité de travail de 100% depuis le 5 août 2002 en remarquant ne pas être à même d'en préciser le terme. Le pronostic est pour lui difficile à évaluer dans le contexte d'un trouble anxieux ancien et probablement un trouble de la personnalité sur lequel s'est greffé un discret syndrome psycho-organique des suites de l'intervention de 2002. Dans un rapport médical du 10 mars 2005, le Dr S. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, précise qu'il a mis fin à la prise en charge, l'assuré ayant explicitement dit à l'époque qu'il n'avait pas l'intention d'arrêter de boire. Dans un rapport d'expertise neuropsychologique du 20 septembre 2005, le Pr L. _____ de la division autonome de neuropsychologie du CHUV retient notamment ce qui suit : " Anamnèse médicale (.....) Dans la nuit du 5 au 6 août 2002, R. _____ est retrouvé au milieu de la route avec un Glasgow Coma Scale à 14 et est hospitalisé dans le service de neurochirurgie du CHUV. Le CT-scan cérébral du 5 août 2002 pratiqué en urgence met en évidence une hydrocéphalie tri-ventriculaire sur xanthogranulome du plexus choroïde. Cette découverte fortuite motive une excision pratiquée le 12.08.2002 dans les suites de laquelle R. _____ présente un infarctus sous-endocardique inférieur sur vasospasmes suite à une injection de noradrénaline. Au réveil, il existe une hémiparésie brachio-crurale gauche qui régresse progressivement. L'IRM cérébrale du 16 août 2002 objective une ischémie de la partie antérieure du noyau caudé droit, liée probablement à l'incident cardiaque peropératoire. Sur le plan neuropsychologique, R. _____ est examiné le 5 août 2002. L'examen révèle des troubles fronto-mnésiques et un manque du mot modéré chez un patient décrit comme partiellement nosognosique et collaborant. Trois jours plus tard, les troubles fronto-mnésiques se sont légèrement amendés, laissant persister des performances modérément déficitaires en mémoire à court terme en modalité verbale chez un patient toujours faiblement nosognosique et collaborant. Le 20 août 2002, soit à 8 jours post-opératoires, l'examen neuropsychologique révèle l'apparition de troubles mnésiques antérogrades sévères en modalité verbale, des difficultés aux praxies constructives et un fléchissement exécutif chez un patient toujours peu nosognosique, fatigable et ralenti. Du 22 août au 30 septembre 2002, R. _____ séjourne à l'Hôpital Nestlé CHUV, pour neuroréhabilitation multidisciplinaire. Dans ce contexte, une nouvelle évaluation neuropsychologique est pratiquée les 26, 28 et 30

août 2002 qui révèle une héli-négligence extra-personnelle gauche légère à modérée, des troubles exécutifs et mnésiques, une perturbation des praxies constructives, un ralentissement, des difficultés de raisonnement sur matériel visuo-spatial chez un patient décrit comme collaborant, adéquat dans le contact, fatigable, plaintif, se plaignant de troubles de la mémoire, d'une fatigabilité, de difficultés attentionnelles, d'une labilité émotionnelle, de troubles thymiques, d'une anxiété et d'une perturbation du sommeil. Dès lors, une prise en charge neuropsychologique quotidienne est débutée. En cours de prise en charge, une nouvelle évaluation neuropsychologique est pratiquée du 18 au 20 septembre 2002, qui met en évidence une normalisation des aptitudes mnésiques antérogrades épisodiques en modalité verbale et des praxies constructives ainsi qu'une régression de l'héli-négligence visuelle gauche. Il persiste des signes de dysfonction exécutive, de discrets signes d'héli-négligence extra-personnelle gauche, un ralentissement, des difficultés en attention divisée et un fléchissement du raisonnement non verbal chez un patient décrit comme collaborant, nosognosique, tendu et légèrement ralenti, se plaignant de labilité émotionnelle et d'une absence de souvenirs de rêves, notamment. Un mois plus tard, soit les 22, 23 et 25 octobre 2002, une nouvelle évaluation neuropsychologique objective de légers signes de dysfonction exécutive, un discret ralentissement et des perturbations de la mémoire visuo-spatiale chez un patient décrit comme coopérant, ni ralenti ni fatigable, soucieux des séquelles cérébrales à long terme. En fin de traitement (investigation de novembre 2002), il persiste un ralentissement apparaissant particulièrement dans les tâches exécutives demandant une certaine flexibilité et de l'attention et des performances parfois faibles dans le domaine des aptitudes exécutives et en mémoire visuo-spatiale. L'anxiété semble diminuée, réémergeant toutefois lorsque R. _____ est confronté à des situations nouvelles. Lors des deux derniers examens effectués les 8 janvier 2003 et 16 juillet 2003, il persiste de légers signes de ralentissement dans les temps de réaction simple et quelques imprécisions à une épreuve d'attention. Les perturbations dysexécutives sont décrites comme quasiment disparues chez ce patient qui demeure tendu, nosognosique et collaborant et qui rapporte une fatigabilité, une irritabilité, une émotivité accrue et des difficultés de sommeil. Sur le plan neurologique, le rapport du Dr [...], daté du 14 octobre 2002, évoque une évolution satisfaisante avec une récupération de la parésie de l'hémicorps gauche mais signale la persistance du problème de l'alcool pour lequel il recommande une prise en charge spécialisée. Ces suivis réguliers à la consultation d'alcoologie, tout d'abord au CTA à Mont-Paisible puis à la PMU sont ponctués de nombreuses tentatives de sevrage alcoolique effectuées ambulatoirement, soit dans l'Unité d'alcoologie de Tamaris (juin et octobre 2004) et se sont chaque fois soldés par des échecs. Dans ce contexte AB est hospitalisé du 28 février au 3 mars 2005 dans le service de neurologie du CHUV, suite à l'apparition d'une faiblesse hémicorporelle gauche avec ptose gauche, troubles de la marche et asymétrie faciale observée par son épouse. Le diagnostic retenu est celui d'une aggravation d'un ancien hémisyndrome moteur gauche dans le contexte d'une surconsommation d'alcool probablement avec une encéphalopathie de type Gayet-Wernicke. A noter qu'au cours de cette investigation, la recherche étiologique n'a pas pu montrer une nouvelle lésion au scanner cérébral et le bilan sanguin objective des enzymes hépatiques élevés avec un taux d'alcoolémie de 28mmol/l et qu'il a été parallèlement exclu une nouvelle lésion ischémique par une IRM cérébrale effectuée le 18.03.2005. (.....) Appréciation : Nous retenons des troubles attentionnels persistants sans changement en regard des examens des 8 janvier et 16 juillet 2003 dans le cadre d'un examen se situant toujours dans les limites des normes." Le Pr L. _____ pose les

diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de troubles attentionnels persistants (tableau inchangé depuis janvier 2003) et de signes probables de la ligne anxio-dépressive chez un patient souffrant d'une dépendance à l'alcool et de troubles de la personnalité (rapport médical établi le 03 février 2005 par le Dr V. _____, PMU), connu pour ablation d'un xanthogranulome du troisième ventricule et possible ischémie peropératoire de la tête du noyau caudé droit le 12 août 2002. Elle expose que sur le plan strictement cognitif, il persiste des séquelles attentionnelles de l'accident vasculaire cérébral d'août 2002 dans le cadre d'un examen, par ailleurs normalisé depuis janvier 2003. Cette symptomatologie ne justifie pas à elle seule une incapacité de travail significative mais induit une diminution du rendement qui, dans l'activité exercée par l'assuré ou dans une activité simple, peut être estimée à environ 20% depuis le 5 août 2002, l'essentiel d'une éventuelle invalidité lui paraissant d'ordre psychiatrique. Par décision du 30 novembre 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Le 19 décembre 2005, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a demandé le réexamen de sa demande, respectivement la prise d'une décision d'octroi de rente d'invalidité. Il suggérait également qu'une expertise psychiatrique soit mise en œuvre. Il a joint à son écriture divers certificats et rapports médicaux dont le protocole opératoire des Drs [...], chef de clinique et médecin adjoint à la division de chirurgie maxillo-faciale du CHUV, à Lausanne, selon lesquels une chute dans des circonstances peu claires, avec perte de connaissance et réception sur l'hémiface gauche, a entraîné une fracture du malaire gauche pour laquelle une réduction et une ostéosynthèse a été pratiquée le 25 avril 2005. Le 24 mai 2006, le Dr M. _____ a écrit que l'atteinte principale à la santé n'était plus le trouble attentionnel persistant, comme l'avait démontré l'expertise neuropsychologique du Pr L. _____, les séquelles attentionnelles après ablation d'un xanthogranulome du troisième ventricule cérébral et ischémie du noyau caudé étant présentes, mais relativement mineures et pas invalidantes en soi. Il a ajouté notamment ce qui suit : "(.....) si le trouble de la personnalité est probablement chronique, l'état anxio-dépressif est nettement plus marqué depuis l'intervention et l'accident vasculaire cérébral d'août 2002, et, même avec une abstinence d'alcool qui dure maintenant depuis plusieurs mois et sous traitement antidépresseur et anxiolytique, la symptomatologie anxieuse persiste, compliquée de troubles du sommeil, de crises d'angoisse assimilables à des états de panique, qui amènent souvent le patient à des consultations en urgence, soit à mon cabinet soit aux urgences psychiatriques du CHUV. Je suis frappé par le peu de résistance au stress de ce patient et je pense qu'il est peu réaliste d'en attendre une capacité de travail entière même avec une baisse de rendement de 20%, dans son activité antérieure, ou même dans une activité adaptée. Je soutiendrai donc la proposition de L. _____, c'est-à-dire d'avoir un avis psychiatrique. Selon mon appréciation, R. _____ souffre d'un trouble anxieux sévère, probablement d'une anxiété généralisée, qui persiste après sevrage et abstinence prolongée d'alcool et qui constitue l'atteinte principale à la santé, du ressort de l'Al." Une expertise psychiatrique a été confiée à la Dresse P. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève, qui a établi son rapport le 7 février 2008. Elle pose les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1), syndrome de dépendance à l'alcool (F10.20) et trouble mixte de la personnalité dépendant et immature, présents depuis le début de l'âge adulte et un état dépressif moyen (F32.1) depuis 2001. Elle mentionne en outre notamment ce qui suit : " 3. Status clinique Au premier rendez-vous, l'expertisé vient accompagné de son épouse qui l'attend dans la salle d'attente durant tout l'entretien. Au second rendez-vous, Mme est venue avec lui à Genève mais elle l'attend à l'extérieur. L'expertisé se présente dans une tenue correcte, il est collaborant très attentif à

ce que l'on attend de lui et on s'aperçoit rapidement qu'il est soucieux de bien faire, il est bien orienté dans le temps et dans l'espace, son discours est calme, cohérent et adéquat. On ne met pas en évidence, ni durant l'entretien, ni à l'anamnèse, de phénomènes de la lignée psychotique. Le sommeil est décrit comme habituellement bon, sauf lorsque l'expertisé ou son épouse ont un rendez-vous prévu le lendemain, quelle que soit l'heure. A ce moment l'expertisé ne parvient pas à s'endormir, du tout la plupart du temps ou alors, seulement 2 à 3 heures. Même si l'expertisé ne doit pas accompagner sa femme au rendez-vous, l'idée d'être seul responsable du chien l'empêche de dormir. C'est pour gérer de tels moments de stress que l'expertisé consomme de l'alcool. C'est dans une situation de conflit entre sa mère et sa femme que l'expertisé a rechuté à Noël. L'expertisé décrit une fatigue importante, présente toute la journée, même s'il dort bien. L'expertisé se décrit triste au quotidien, tristesse qui est observée durant les entretiens. L'expertisé décrit une difficulté à ressentir du plaisir et à s'intéresser aux choses. Il décrit des difficultés à se concentrer qui font qu'il a de la peine à lire même les journaux ou à regarder la TV. Il a également des difficultés de mémoire qui sont variables dans le temps, apparues après son opération cérébrale. L'expertisé pense parfois à la mort en se disant qu'il serait moins stressé s'il était mort mais il ne la souhaite jamais. Il a actuellement un projet celui d'essayer de faire connaître et utiliser en Europe les plantes médicinales utilisées en Tunisie. Pour ce faire, il envoie parfois des courriers électroniques à des entreprises pharmaceutiques, sans obtenir de réponses satisfaisantes à ce jour. L'expertisé ne peut se rendre dans tous les lieux où il y a trop de monde, magasins, bus, réunions publiques. S'il y est contraint malgré lui, il décrit l'apparition de fatigue, de difficultés à respirer, sueurs froides, etc. Même si l'expertisé a toujours souffert d'angoisses, il décrit une nette augmentation de leur fréquence et de leur intensité depuis son opération il y a 3 ans. Il se dit également inquiet à l'idée de prendre des médicaments aussi longtemps, s'angoissant à propos des effets secondaires auxquels il s'expose. Les angoisses les plus fortes surviennent la nuit lorsqu'il ne parvient pas à dormir, souvent en lien avec les soucis générés par une activité prévue le lendemain. La journée, si l'expertisé n'a pas d'activités particulières, ses angoisses sont bien contenues par son traitement médicamenteux. C'est la nuit, lorsqu'il ne parvient pas à dormir que l'expertisé recourt à l'effet anxiolytique de l'alcool. Depuis 2 ans, l'épouse de l'expertisé a fixé des règles auxquelles il essaie de se tenir, à savoir, l'interdiction d'avoir de l'alcool à la maison. L'expertisé avoue transgresser régulièrement cette règle. On ne met pas en évidence de rituels particuliers. A l'heure actuelle, l'expertisé est suivi une fois par mois par son médecin-traitant et une fois toute les 3 semaines par un alcoologue. ttt : 5cp /jour de Séresta 1 5mg., à intervalles réguliers entre 11h et 23h. Au coucher, Témesta 2.5mg et Témesta 2.5mg en réserve en cas d'insomnies. (...) 5. Appréciation du cas et pronostic L'expertisé décrit l'apparition de troubles anxieux dès le début de l'âge adulte, il est parvenu à les gérer en utilisant l'alcool, malgré les interdits culturels. Sa formation scolaire semble avoir été difficile et on peut penser que l'obtention de son bac est en fait surtout liée à une bonne utilisation du système plutôt qu'aux compétences réelles de l'expertisé. Il n'a par contre pas pu aller au-delà du bac. Sur le plan des activités professionnelles également, il a grandement bénéficié de l'assistance et du soutien de son père mais, finalement malgré cela, il n'a pu en mener aucune de façon satisfaisante, autant en Tunisie qu'en Suisse. Courant 2001, sa consommation d'alcool a grandement augmenté, en lien avec la difficulté de l'expertisé à gérer ses conditions de vie et de travail ainsi que leurs conséquences sur sa vie de couple. Aujourd'hui, tout ce qui sort de son rituel quotidien devient source d'angoisse et le met en situation de risque important de consommer de l'alcool. On se trouve ici très clairement en

présence d'un alcoolisme d'emblée secondaire. Ces dernières années, une symptomatologie dépressive est également apparue. Les troubles neurologiques semblent aujourd'hui être passés au 2e plan dans les gênes présentées par l'expertisé." Elle en conclut que les troubles psychiques constatés rendent l'expertisé totalement incapable de travailler. Dans un avis médical du 13 octobre 2008, la Dresse Q. _____ du SMR a considéré ce qui suit : "Suite à l'avis médical SMR du 11.06.2007, une expertise psychiatrique a été réalisée chez la Dresse P. _____ (expertise psychiatrique du 07.02.2006). Malheureusement, cette expertise médicale n'est pas convaincante et est peu claire. Entre autres, les diagnostics retenus ne sont pas argumentés, et il n'y a aucune discussion des rapports médicaux au dossier. Au status sont décrites des attaques de panique, mais ce diagnostic n'est pas retenu, et, a contrario, les diagnostics d'état dépressif moyen et de trouble de la personnalité retenus ne sont pas décrits au status, ni argumentés. De plus, alors qu'une IT totale est retenue depuis 2001, aucune limitation fonctionnelle psychiatrique n'est décrite. Par ailleurs, il n'y a pas non plus de considérations considérant le bénéfice d'un éventuel traitement anti-dépresseur. A la lecture de la globalité du dossier, il apparaît vraisemblable que celui-ci présente une atteinte à la santé neurologique et psychiatrique à caractère incapacitant. Néanmoins, devant les divergences d'appréciation de la CT résiduelle de l'assuré faite par le médecin traitant, l'expertise neuropsychologique de 2005 et l'expertise psychiatrique de 2008, et compte tenu de cette dernière expertise psychiatrique qui est incomplète et imprécise, il est difficile de se prononcer sur la CT résiduelle et les limitations fonctionnelles de l'assuré. Pour cette raison, et après discussion du dossier avec un médecin psychiatre du SMR, nous proposons qu'un examen psychiatrique SMR soit organisé." Dans un rapport d'examen clinique psychiatrique du 6 novembre 2008, la Dresse Y. _____, ancienne chef de clinique adjointe en psychiatrie et médecin examinateur, en collaboration avec la Dresse X. _____, médecin-chef, du SMR Suisse romande, retient les diagnostics d'épisode dépressif moyen en rémission complète (F32.1) et d'anxiété généralisée d'intensité légère (F41.1) qui sont classés dans les affections ayant des répercussions sur la capacité de travail. Dans celles qui n'en ont pas, elle indique le trouble de la personnalité dépendante et immature, non décompensée (F60.7), les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent dans un environnement protégé (F10.21) et les troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, utilisation continue (F13.25). Elle expose notamment ce qui suit : "**APPRECIATION DU CAS** Il s'agit d'un jeune assuré âgé de 40 ans, originaire de Tunisie, sans formation professionnelle, établi en Suisse par mariage en 1999, qui dépose une demande de rente AI le 17.10.02. L'expertise neuropsychologique du 20.09.05 effectuée par le Professeur L. _____, médecin-chef, et Mme [...], psychologue associée, avait conclu au diagnostic de trouble attentionnel persistant, tableau inchangé depuis janvier 2003 et signes probables de la ligne anxio-dépressive chez un patient souffrant d'une dépendance à l'alcool et de troubles de la personnalité connus, pour ablation d'un xanthogranulome du 3ème ventricule et possible ischémie peropératoire de la tête du noyau caudé D le 12.08.02, et à une baisse de rendement de 20%. Selon les experts, cette symptomatologie ne justifie pas à elle seule une incapacité de travail significative mais induit une diminution du rendement qui, dans une activité simple, peut être estimé à environ 20%. Par conséquent, l'expertise neuropsychologique démontre la normalisation des tests neuropsychologiques et la capacité de travail est estimée à 100% depuis janvier 2003, avec une baisse de rendement admise de 20% due au trouble attentionnel. Par décision du 30.11.05, l'Office AI refuse des mesures professionnelles et une rente d'invalidité. Suite à cela, l'assuré fait opposition le

19.12.05. La lettre du 24.05.06 du médecin traitant, le Dr M. _____, médecine interne FMH, atteste que l'état anxio-dépressif s'est péjoré, malgré une abstinence alcoolique de plusieurs mois et révèle que l'assuré présente des crises d'angoisse assimilables à des états de panique. Dans l'expertise psychiatrique effectuée le 07.02.08, le Dr P. _____, psychiatre FMH à Genève, retient les diagnostics d'anxiété généralisée présente depuis le début de l'âge adulte, syndrome de dépendance à l'alcool en rémission partielle, présent depuis le début de l'âge adulte, état dépressif moyen présent depuis 2001 et trouble mixte de la personnalité, dépendante et immature présent depuis le début de l'âge adulte et elle atteste une incapacité de travail à 100%. Selon l'expert, l'angoisse et les alcoolisations rendent impossible l'activité exercée jusqu'ici. Dans cette expertise, le status psychiatrique se base plus sur les informations anamnestiques fournies par l'assuré que sur l'observation médicale, les diagnostics retenus ne sont pas argumentés, il n'y a aucune discussion des rapports médicaux au dossier. Au status, sont décrites des attaques de panique, mais ce diagnostic n'est pas retenu. Par contre, les diagnostics d'état dépressif moyen et de trouble de la personnalité retenus ne sont pas décrits au status, ni argumentés. De plus, l'incapacité totale est retenue depuis 2001 en l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques et pendant une période où l'assuré était pris en charge par l'assurance chômage à 100%. Il n'y a pas non plus de considérations considérant le bénéfice d'un éventuel traitement antidépresseur. A la page 3 de l'expertise psychiatrique, au status clinique, on apprend que l'assuré a un projet, celui d'essayer de faire connaître et utiliser en Europe les plantes médicinales utilisées en Tunisie, et pour cela il envoie des courriers électroniques à des entreprises pharmaceutiques, sans obtenir de réponse satisfaisante à ce jour. Etonnamment, à l'examen clinique au SMR, l'assuré déclare ne pas posséder ni utiliser l'ordinateur. Bien que nous l'ayons retenu dans la rubrique ad hoc, le diagnostic d'état dépressif moyen actuellement en rémission complète, est un peu abusif car les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis. Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic d'anxiété généralisée d'intensité légère, diagnostic anamnestique, présent depuis de très nombreuses années, caractérisé par la présence d'une angoisse persistante ne survenant pas exclusivement ni même de façon préférentielle dans une situation déterminée. Ce trouble est en rapport avec un facteur de stress. Nous avons retenu également le diagnostic de trouble de la personnalité dépendante et immature, présent depuis l'adolescence, non décompensé, caractérisé par une subordination de ses propres besoins à ceux de personnes dont on dépend et une soumission excessive à leur volonté, une réticence à faire des demandes, un sentiment de malaise ou d'impuissance quand l'assuré est seul en raison d'une peur excessive de ne pouvoir se prendre en charge seul, une préoccupation par la peur d'être livré à lui-même, une capacité réduite à prendre des décisions, une passivité, une perception de soi comme manquant d'énergie. Il ne s'agit pas d'un trouble de la personnalité grave ayant valeur invalidante qui suppose des antécédents psychiatriques significatifs remontant à la fin de la 2ème dizaine d'années de vie, s'y (réd.: si) on s'en tient aux critères retenus par les ouvrages diagnostiques de référence. Ce trouble de la personnalité n'a pas empêché l'assuré de faire des études et de travailler. Le diagnostic d'alcoolisme chronique présent depuis la fin de l'adolescence ne justifie pas à lui seul une incapacité de travail. Nous ne pouvons pas nous prononcer sur l'existence d'un alcoolisme primaire ou secondaire car l'alcoolisme et la symptomatologie anxieuse ont débuté plus ou moins en même temps vers la fin de l'adolescence. Cependant, nous avons constaté que depuis son abstinence, l'état de l'assuré s'est amélioré avec la disparition de la symptomatologie dépressive et l'amélioration de la symptomatologie anxieuse. A noter que

dans le rapport médical du 13.05.04, le Dr H. _____, chef de clinique à la Consultation d'Alcoologie du CHUV, atteste que l'assuré est resté complètement abstinent pendant 10 mois après son hospitalisation au CHUV en août 2002 et que cette abstinence était principalement motivée par des raisons de santé. Le patient décrivait une peur de reconsommer de l'alcool par rapport à ce qui lui était arrivé d'un point de vue médical. Dans le rapport médical du 10.03.05, le Dr S. _____ nous informe que «l'assuré a pu nous dire que l'alcool était un jeu et il a confirmé que pour lui, l'alcool était son meilleur médecin et qu'il n'envisageait pas de s'en priver». Et enfin, notre assuré souffre d'une dépendance aux benzodiazépines, utilisation continue, pathologie qui n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. En conclusion, sur le plan psychiatrique, notre assuré souffre d'une anxiété généralisée de longue date, d'un trouble de la personnalité dépendante et immature, non décompensé, d'un alcoolisme chronique et d'une dépendance aux benzodiazépines et sa capacité de travail exigible est actuellement de 80%. Les limitations fonctionnelles Fatigabilité, anxiété et ressources d'adaptation au changement réduites. La démotivation et les difficultés financières, ne font pas partie du domaine médical. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? Sur le plan neuropsychologique, incapacité à 100% dès août 2002 à janvier 2003 et à 20% depuis lors, selon l'expertise neuropsychologique du 20.09.2005. Sur le plan psychiatrique, incapacité de travail à 20%. L'état dépressif moyen objectivé à l'expertise psychiatrique du 06.02.08 est actuellement en rémission complète, l'anxiété généralisée est légère et le trouble mixte de la personnalité, non décompensé, n'a pas valeur invalidante. Il n'y a pas d'incapacité supérieure à 20%, de longue durée. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Sur le plan purement psychiatrique, l'incapacité de travail est de 20%. Concernant la capacité de travail exigible, en conclusion, sur le plan psychiatrique, notre assuré présente une capacité de travail exigible de 80% dans toute activité répétitive, sans responsabilités et sans stress. Nous proposons une reprise professionnelle progressive à un pourcentage de 50% pendant 3 mois et ensuite, à 80%, dans le cadre du programme de réinsertion professionnelle. A noter que l'assuré a bénéficié pendant le chômage d'une formation de gestionnaire de stock.

Capacité de travail exigible Dans l'activité habituelle : 80% Dans une activité adaptée : 80%"

Dans un avis médical du 11 décembre 2008, la Dresse Q. _____ indique que l'évolution de l'incapacité de travail est de 100% d'août 2002 à janvier 2003, puis de 20% dès janvier 2003. Elle préconise une reprise professionnelle progressive à un pourcentage de 50% pendant trois mois, puis de 80%, dans le cadre d'un programme de réinsertion. Le 22 janvier 2008, le Dr W. _____, du SMR, expose que la chute du recourant ayant entraîné une fracture de l'os malaire gauche ne modifie pas les conclusions de l'avis médical du 11 décembre 2008 dès lors que ce type de fracture guérit sans laisser de séquelles incapacitantes. Le 16 février 2009, l'OAI a informé l'assuré que les conditions du droit à l'orientation professionnelle étaient remplies et que cette dernière serait mise en œuvre à l'Office pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle. Par lettre du 13 mars 2009, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il estimait sa communication pour une orientation professionnelle inappropriée, celle-ci ne tenant pas suffisamment compte des troubles médicaux consécutifs à son opération cérébrale, ni de ses troubles psychiques. Il a joint à cette lettre un rapport de la Pr L. _____ qui conclut, à la suite de l'examen neuropsychologique du 5 janvier 2009, que l'évaluation met en évidence des troubles attentionnels et un fléchissement exécutif. La Pr L. _____ a en outre noté des signes probables de la lignée anxio-dépressive et des plaintes de type post-traumatique. Par rapport à l'examen du 20 septembre 2005, elle a constaté une légère péjoration des troubles

attentionnels et l'apparition d'un fléchissement exécutif. Dans son avis médical du 25 mars 2009, le Dr W. _____ constate que le rapport d'examen précité rapporte une légère péjoration des troubles attentionnels par rapport à 2005 et l'apparition d'un fléchissement exécutif, mais que ces atteintes sont peu importantes et ont déjà été prises en compte dans la diminution de rendement de 20% retenue par le SMR. Par décision du 27 mars 2009, l'OAI a rejeté l'opposition. Se fondant essentiellement sur les rapports du Pr L. _____ et de la Dresse Y. _____, il a retenu un taux de capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. Il a notamment considéré ce qui suit : "En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2002, frs 4'557.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 11-2005, p.86, tableau B 92), ce montant doit être porté à frs 4'750.67 (frs 4'557.- x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de frs 57'008.07. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+1,40 %; La Vie économique, 11-2005, p. 87, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de frs 57'806.18 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles à 80%, le salaire hypothétique est dès lors de frs 46'244.95 par année. Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc). Dans le cas d'espèce, aucun abattement ne peut être retenu. Nous constatons en effet que les limitations fonctionnelles que vous présentez ont déjà été prises en compte de manière importante lors de l'appréciation de votre capacité de travail (ATF du 23.01.04, réf. I 785/02). Comparaison faite avec le revenu que vous auriez réalisé sans invalidité dans une activité non qualifiée dans le secteur privé en 2003, soit frs 57'506.-, le taux d'invalidité s'élève à 20%. Ce taux d'invalidité étant inférieur à 40%, il ne vous ouvre pas le droit à une rente d'invalidité. En conséquence, la décision querellée du 30 novembre 2005 est donc fondée en tant qu'elle rejetait le droit à une rente d'invalidité et doit être confirmée sur ce point. Toutefois, votre taux d'invalidité étant de 20%, la possibilité de mettre sur pied une mesure professionnelle pourrait être examinée par un conseiller en réadaptation de l'Office AI. En effet, selon la jurisprudence, le droit au reclassement présuppose que la perte de gain durable, due à l'invalidité, soit de 20% environ (ZAK 1984, p. 91; RCC 1984 p. 95, 1966 p. 410). Par communication du 16 février 2009, nous vous avons ainsi informé que les conditions pour le droit à l'orientation professionnelle étaient remplies. Dans votre courrier à l'Office AI du 13 mars 2009, vous relevez cependant que ladite communication est inappropriée, dans la mesure où elle ne tient pas suffisamment compte des troubles médicaux consécutifs à votre opération cérébrale et de vos troubles psychiques. Nous tenons toutefois à préciser que l'examen des possibilités de mettre sur pied une mesure professionnelle pourrait être repris par un conseiller en réadaptation si vous en faites la demande. Par ailleurs, vous pouvez

également prétendre à une aide au placement au sens de l'art. 18 al. 1 LAI (à la condition toutefois que vous admettiez que votre capacité de travail est de 80% dans une activité adaptée à votre état de santé), et nous vous invitons dès lors à prendre contact avec notre service compétent en matière d'aide au placement si vous souhaitez bénéficier de cette mesure." B. Par acte du 8 mai 2009, R. _____ a recouru contre cette décision en concluant, avec dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente entière lui est octroyée à compter du 1er avril 2003, subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle instruction dans le sens des considérants. Il allègue notamment qu'au vu du dossier médical, l'OAI ne pouvait se fonder exclusivement sur les conclusions de la Dresse Y. _____ et faire ainsi totalement abstraction des avis des autres praticiens, qui s'accordent à dire que le recourant est totalement incapable de travailler depuis le mois d'août 2002, ce d'autant moins que la Dresse P. _____, est l'experte externe désignée par l'OAI pour rendre un rapport circonstancié sur l'état du recourant. Il ajoute que le Pr L. _____ a considéré que d'un point de vue strictement neuropsychologique les séquelles attentionnelles induisaient une diminution de rendement qui, dans une activité simple, pouvait être estimée à environ 20% et que dans son rapport d'examen du 5 janvier 2009, cette praticienne indique que les troubles attentionnels se sont péjorés, ce dont l'OAI n'a nullement tenu compte. Il a requis qu'une expertise judiciaire soit mise en oeuvre et confiée à un spécialiste en psychiatrie et/ou psychothérapie. A l'appui de son recours, il a produit : - Une lettre du 1er mai 2009 adressée à son conseil par les Drs C. _____ et J. _____ du Centre de traitement en alcoologie PMU du CHUV dont la teneur est notamment la suivante : " A la demande du patient susnommé, nous certifions qu'il est suivi à la consultation d'alcoologie du CHUV depuis octobre 2002. Le suivi est relativement irrégulier, entrecoupé de plusieurs hospitalisations tant en milieu psychiatrique qu'en milieu alcoologique, ainsi qu'en traitements de postcures dans différentes institutions cantonales spécialisées dans les problématiques de dépendance. Comme déjà mentionné dans différents rapports adressés à l'Office d'assurance invalidité, la problématique alcoologique est en lien avec une comorbidité psychiatrique sévère préexistante comme le confirme son parcours de vie relativement chaotique (changements de domiciles et de pays de vie fréquents, impossibilité de terminer la plupart des formations professionnelles/scolaires, impossibilité de maintenir un travail au long cours etc.). Ces difficultés d'intégration et d'instabilité socioprofessionnelle sont en lien avec une problématique psychiatrique, étant donné que la problématique alcoologique n'a débuté qu'après les années 2000. Le patient décrit d'ailleurs très bien que sa consommation d'alcool est dans le but de calmer une angoisse profonde et qu'elle est impulsive et non maîtrisable. A noter que sur le plan alcoologique, nous sommes actuellement à la limite de nos possibilités étant donné la multiplicité des sevrages institutionnels avec des traitements de postcure prolongés de plusieurs mois, qui ont tous été voués à un échec. Actuellement, nous nous recentrons sur une prise en charge de réseau mais principalement psychiatrique vu notre capacité limitée à adresser la problématique alcoologique au vu du contexte mentionné ci-dessus." - Un rapport médical du 4 mai 2009 adressée par le Dr T. _____ du DUPA à son conseil, exposant notamment ce qui suit : " Diagnostics CIM 10 - Anxiété généralisée (F41.1) présente depuis le début de l'âge adulte, aggravée suite à des problèmes neurologiques, d'intensité élevée (envahissant le quotidien, la relation avec l'épouse et la belle-mère, empêchant l'investissement d'une activité quelconque). - Trouble dépressif récurrent (F33), depuis 2001 - Syndrome de dépendance à l'alcool (F10.2), secondaire aux troubles psychiatriques sus-mentionnés - Trouble mixte de

la personnalité (dépendante et immature). (...) Prise en charge et évolution : J'ai suivi le patient en consultation psychiatrique pendant un mois et demi, pendant sa phase d'adaptation à la Fondation Arcadie, durant une période d'abstinence. Une tentative d'introduction d'un traitement neuroleptique de nouvelle génération à petites doses (Séroquel 25mg puis 50 mg/j), à titre anxiolytique dans un contexte de polydépendances, s'est soldé par des effets indésirables qui ont motivé l'arrêt du traitement (sommolence importante la journée malgré une diminution des benzodiazépines, vertiges). Le patient a présenté des symptômes anxieux envahissants pendant tout le séjour, n'a pas pu bénéficier d'un suivi alcoologique spécifique, l'alcool étant secondaire aux troubles psychiatriques, ces derniers n'étant pas stabilisés à un niveau satisfaisant. Il a eu du mal à s'intégrer au groupe des résidents, était en état d'alerte permanent et multipliait les demandes de réassurance auprès des collaborateurs de l'institution. Il avait du mal à affronter la plupart des stress banals de la vie quotidienne et avait du mal à prendre des décisions, même anodines. Sur cette anxiété de fond d'un niveau assez élevé, se greffait des crises d'angoisse sans déclencheur évident, n'atteignant souvent pas l'intensité d'attaques de panique. Il se montre incapable d'investir régulièrement une activité quelconque. L'épouse de R. _____ élément d'étayage important pour R. _____ souffrant elle-même de difficultés psychiques et s'épuisant dans la relation, a dû prendre progressivement une distance vis-à-vis du patient, ce qui a mis en crise celui-ci. Par ailleurs, le couple logeait chez la belle-mère de R. _____. Cette dernière a également mis des limites pour se protéger d'un épuisement. Le patient, conscient que les objectifs d'une post-cure alcoologique ne répondaient pas à ses besoins plus psychiatriques, imaginait déjà demander une hospitalisation en milieu psychiatrique dès sa sortie de l'Arcadie. Pronostic : On note l'existence de troubles psychiatriques (trouble de la personnalité, anxiété généralisée et trouble dépressif récurrent) préexistant à la dépendance à l'alcool et persistant pendant les phases d'abstinence. La coexistence de plusieurs diagnostics psychiatriques et d'une dépendance à l'alcool péjore le pronostic. Les capacités d'introspection limitées ne permettent pas à R. _____ d'accéder à une psychothérapie structurée. Le patient ne se stabilise actuellement que dans un environnement contenant et rassurant comme la fondation Arcadie (ou sa famille en Tunisie), le cadre de l'institution étant en soi un élément du traitement. L'épouse du patient, qui était un élément stabilisant du patient, est actuellement épuisée par la situation et ne peut soutenir R. _____ comme par le passé. Celui-ci manque d'étayage par ses proches." L'OAI a conclu au rejet du recours. Il a produit un avis médical du 15 juin 2009 du Dr [...] dont il résulte notamment ce qui suit : "Concernant le courrier du Dr J. _____ et du Dr C. _____ de la consultation d'alcoologie, à l'attention de l'avocat de l'assuré, il est à relever que c'est essentiellement la problématique alcoolique qui est mise en avant, et que celle-ci n'aurait débuté qu'après les années 2000, secondairement à une atteinte psychiatrique. Or, la problématique est connue de longue date et a débuté à l'adolescence selon les renseignements consignés dans le rapport d'examen clinique SMR. Par ailleurs, la comorbidité psychiatrique sévère préexistante dont il est fait part dans ce courrier n'est pas précisée. Il n'y a donc pas de nouveaux éléments dont on n'ait déjà tenu compte dans l'appréciation SMR. En ce qui concerne le RM du Dr T. _____, qui a suivi l'assuré pendant un mois du 16.10.2008 au 27.11.2008, les diagnostics retenus en dehors de la problématique alcoolique, sont une anxiété généralisée d'intensité élevée, un trouble dépressif récurrent et un trouble mixte de la personnalité. L'on relève que c'est durant cette même période que l'assuré a été examiné au SMR par la Dresse Y. _____, à savoir le 06.11.2008. Celle-ci a retenu un trouble de la

personnalité non décompensé et un état dépressif qualifié d'épisode moyen en rémission complète. L'anxiété objectivée par l'examineur était légère, l'anamnèse fournie par l'assuré et l'observation clinique faite alors, étant concordantes. Dans ce sens, il n'y a pas lieu de modifier la position du SMR. A mentionner ici, que les symptômes de l'anxiété généralisée ne sont pas décrits dans le RM du Dr T. _____ et qu'il s'agit de notions anamnestiques (ce que l'assuré dit). Par ailleurs, l'on est surpris de l'absence de thérapie spécifique, telle une thérapie cognitivo-comportementale, en regard de la sévérité de l'anxiété annoncée. Nonobstant, il n'est pas exclu, que l'intensité de l'anxiété soit objectivée différemment à d'autres moments, celle-ci pouvant être fluctuante, l'examen SMR de l'assuré, étant un examen ponctuel de l'assuré." Dans sa réplique, le recourant a maintenu ses conclusions. Il soutient que seuls les médecins du SMR ne reconnaissent pas les troubles psychiatriques importants existant chez lui et reproche à l'OAI de suivre leur avis. Il a produit une lettre du 2 septembre 2009 adressée à son conseil par le Dr T. _____, qui écrit notamment ce qui suit : "Je suis surpris à la lecture du rapport du 25.06.09 concernant la détermination de l'Office AI suite au recours de l'assuré. Les deux points qui me paraissent contestables sont les suivants : • Il est mis en avant que « l'alcoolisme » de l'assuré pourrait avoir préexisté à l'apparition des différentes problématiques psychiques. Même si tel était le cas, une abstinence de plusieurs semaines aurait dû permettre une nette amélioration, voire une disparition des symptômes psychiques, ce qui n'a jamais été le cas. Par ailleurs, même si une consommation d'alcool a pu être présente avant 2000, cela ne signifie en rien que l'assuré avait les critères d'une dépendance, ni même d'abus d'alcool. • Concernant les symptômes de l'anxiété généralisée, mon rapport était probablement incomplet. Toutefois, ces symptômes ont été observés quotidiennement pendant plusieurs semaines par différents collaborateurs de la Fondation Arcadie, dont j'étais à l'époque le médecin responsable. Ces symptômes compliquaient notablement les relations avec les intervenants et les autres résidents: demandes incessantes de réassurances, multiplication de demandes diverses aux intervenants, perturbation des activités de groupe à cause d'une certaine agitation psychomotrice etc. Il ne s'agit donc pas un des symptômes éprouvés, décrits par l'assuré." Dans sa duplique, l'OAI a maintenu ses conclusions. Il a produit un avis médical du 5 octobre 2009 du Dr Mauron selon lequel : " Nous relevons encore une fois que le Dr T. _____ n'a suivi l'assuré que pendant un mois d'octobre à novembre 2008 dans le cadre de la Fondation Arcadie (l'assuré relatait lors de l'examen qu'il l'avait vu à 2 reprises) et que c'est dans cette même période que l'assuré a été examiné au SMR par la Dresse Y. _____, le 06.11.2008. Le Dr T. _____ indique que nous estimons que l'alcoolisme dont souffre l'assuré est préexistant à l'apparition de différentes problématiques psychiques. A son avis, si tel était le cas, une abstinence de plusieurs semaines aurait dû permettre une nette amélioration, voire une disparition des symptômes, ce qui n'a jamais été le cas selon lui. Or, l'assuré qui se déclare abstinent depuis qu'il a été hospitalisé pour sevrage, puis en séjour en postcure à l'Arcadie, présente à l'examen SMR une rémission complète de l'épisode dépressif moyen dont il souffrait. L'amélioration de la symptomatologie anxiodépressive constatée en période d'abstinence parle donc en faveur d'un alcoolisme primaire. Il n'y a par ailleurs pas de séquelles de l'alcoolisme et celui-ci ne peut donc être considéré comme incapacitant. Concernant les symptômes d'anxiété généralisée, il indique que son RM était alors incomplet, et que les symptômes d'anxiété ont été quotidiennement observés par les collaborateurs de la Fondation Arcadie. Les éléments rapportés, demandes incessantes de réassurances de la part de l'assuré, multiplication de

demandes diverses aux intervenants, certaine agitation psychomotrice, ne correspondent pas à une réelle évaluation de l'anxiété, et sont plus en relation avec le trouble de la personnalité de l'assuré, qui est dépendante et immature. Le trouble de la personnalité, comme déjà discuté en p. 5 du rapport d'examen SMR, ne peut être reconnu comme invalidant. A mentionner que nous ne nions pas l'existence d'une anxiété de fond, dont nous avons tenu compte en retenant une diminution de 20% de CT. Nous avons relevé que l'intensité de l'anxiété peut être objectivée différemment, celle-ci pouvant être fluctuante et l'examen SMR étant un examen ponctuel. A ce propos, l'on se doit de relever qu'il est surprenant qu'une symptomatologie plus importante n'ait pas été mise en évidence, alors qu'il s'agit d'un contexte d'examen avec un examinateur inconnu, qui peut être source potentielle de stress. Par ailleurs, concernant la réplique du recours, l'avocat relève que nous nous écartons de l'expertise de la Dresse Bouvier ainsi que du RM du Dr T. _____. Sur ce point, nous pouvons répondre que contrairement à ces derniers, la Dresse Y. _____, dans son rapport d'examen SMR argumente et explique les raisons qui la font s'écarter de leurs positions (cf p. 5 du rapport d'examen SMR). En conclusion et au vu de ce qui précède, le RM du Dr T. _____ n'apporte pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier l'appréciation du SMR." Dans sa détermination sur ce rapport, le recourant a maintenu ses conclusions. C. En cours de procédure, un mandat d'expertise a été confié au Dr E. _____, qui a établi son rapport le 30 novembre 2010 dont il résulte notamment ce qui suit : " Diagnostics Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir les diagnostics de • Syndrome de dépendance alcoolique (utilisation continue) (F10.25) • Trouble anxiété généralisée (F41.1) • Trouble mixte de la personnalité (F61.0)" En ce qui concerne le syndrome de dépendance alcoolique, l'expert relève que la dépendance alcoolique de l'assuré ne fait guère de doute, compte tenu de ce qui a été observé et objectivé ces dernières années, le trouble laissant ses traces tant à la présentation clinique de l'expertisé (foetor au cours des deux consultations, entre autres choses) que dans les différents examens biologiques rapportés au dossier. L'expert relève que les valeurs obtenues le 24 novembre 2010 sont pourtant rassurantes, le volume globulaire (MCV) n'ayant pas augmenté, le nombre de thrombocytes étant dans la norme et les tests hépatiques y compris les gamma GT donnant des valeurs normales. Seule la CDT témoigne d'une consommation d'alcool dépassant largement les 60 g par jour dans les deux semaines précédant le prélèvement sanguin du 24.11.2010 avec une valeur très élevée de 4.43%. L'expert a laissé ouverte la question d'un éventuel abus et d'une dépendance aux benzodiazépines. Il estime que la consommation de tranquillisants de l'expertisé ne paraît pas générer de troubles du comportement, que rien n'indique qu'elle ait des effets manifestement nocifs sur sa santé physique et psychique et qu'en l'état, il ne paraît dès lors pas justifié de poser un diagnostic en rapport aux tranquillisants prescrits à l'expertisé. L'expert retient le trouble d'anxiété généralisée, même si le tableau clinique n'est pas très marqué, dès lors qu'il y a les soucis ressentis comme anormaux, l'impression d'être à bout, les troubles de la concentration et de la mémoire, les perturbations du sommeil et la sensation continuelle d'être "au bout du rouleau". L'expert observe que l'expertisé a fait la preuve d'une certaine instabilité tant sur le plan personnel que socioprofessionnel, (ses études n'ont pas abouti, il ne s'est pas véritablement inséré dans le monde du travail en Tunisie, n'a pas davantage trouvé un emploi stable et durable en Suisse, s'il est constant dans l'attachement à son épouse, l'assuré rapporte une relation conjugale tout de même chaotique avec les séparations et les réconciliations itératives), ces éléments allant dans le sens des caractéristiques générales d'un trouble de personnalité, la recherche d'un trouble

spécifique étant par contre peu contributive. Il admet en outre des éléments de dépendance chez un sujet qui peine à se gérer de façon autonome et une certaine intolérance à la frustration qui vaut pour l'immaturation mentionnée par d'autres évaluateurs, l'expertisé paraissant par ailleurs excessivement rigide et pauvre en capacités adaptatives, adoptant aussi des attitudes de passivité, voire de résistance passive. En l'absence de toutes les caractéristiques d'un trouble spécifique et après avoir constaté les critères généraux d'un trouble de personnalité, l'expert pose le diagnostic de trouble mixte de personnalité, tout en précisant que le trouble n'est pas d'une exceptionnelle sévérité. L'expert observe en outre ce qui suit : " Un autre point à considérer est celui d'une éventuelle pathologie dépressive (affective) stricto sensu. Dans la règle, les symptômes dépressifs épars de l'assuré ont des caractéristiques strictement réactionnelles. Ils se situent dans le contexte de situations existentielles difficiles. Ils peuvent aussi être la conséquence de l'abus d'alcool. Ils n'ont jamais été décrits comme sévères. On est bien loin de la situation des troubles dépressifs graves qui représentent une maladie spécifique biologiquement fondée et qui peuvent évoluer de façon quasi indépendante de facteurs existentiels. Actuellement, il n'y a pas les critères d'un épisode dépressif, même si l'assuré tend à rapporter des symptômes en conséquence. L'observation objective fait réfuter une dépression grave. Tout au plus peut-on noter un épisode dépressif en rémission partielle dans le sens qu'on n'en a plus le seuil diagnostique et qu'il y aurait des épisodes antérieurs, ce qui n'est en rien prouvé. Pour tous ces motifs, le soussigné n'a pas repris cette entité dans le libellé diagnostique final. Cette position diagnostique ne s'écarte pas véritablement des autres appréciations psychiatriques au dossier. L'expertise P. _____ retient l'épisode dépressif moyen sans l'argumenter dans les règles. Le rapport T. _____ retient le trouble dépressif récurrent, sans l'argumenter dans les règles en notant une humeur légèrement abaissée au long cours, avec fatigue chronique et troubles du sommeil récurrents sans plus. L'évaluation SMR parle de rémission complète, sans avoir démontré un épisode vrai dans les antécédents. Le rapport de la consultation d'alcoologie de la PMU ne mentionne aucun trouble dépressif. En l'état, il n'y a dès lors aucun argument au dossier qui permettrait de fonder un véritable épisode dépressif tant aujourd'hui que dans les antécédents de l'assuré, si on applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence. Appréciation assécurologique (...) Dans le contexte d'une expertise pour l'assurance invalidité, il est ordinairement admis que l'abus d'alcool et les autres toxicomanies, au même titre que l'obésité, ne justifient pas à elles seules une incapacité de travail. Il convient dès lors de déterminer ici : - si les alcoolismes et les autres toxicomanies sont eux-mêmes la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité (toxicomanie secondaire) ou - si les alcoolismes et les autres toxicomanies sont eux-mêmes à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif. • Situation de l'assuré En premier lieu, il y a de bonnes raisons d'affirmer ici qu'il n'y a pas d'atteinte à la santé mentale qui serait indiscutablement causée par l'alcoolisme de l'assuré et qui aurait valeur incapacitante en soi. Il n'y a pas d'arguments pour une encéphalopathie éthylique chronique et pour un syndrome de Korsakoff, en particulier. S'il y a eu encéphalopathie de Gayet Wernicke, ce que le soussigné considère comme peu probable, on doit admettre qu'elle a évolué vers la rémission. L'assuré relève par contre d'une atteinte neuropsychologique de peu de sévérité suite aux complications opératoires du mois d'août 2002. Cette atteinte a été investiguée et chiffrée par une expertise ad hoc. On sait qu'elle vaut pour une diminution de rendement de 20% sans plus. Il n'y a pas lieu de revenir là-

dessus. Même si l'examen neuropsychologique du 05.01.2009 note une légère péjoration par rapport à l'expertise du 20.09.2005, cette péjoration ne peut pas être prise en compte. Selon les règles usuelles en la matière, les troubles neuropsychologiques objectifs de l'assuré doivent être considérés comme stables plus de deux ans après les événements du mois d'août 2002, en l'absence d'événements neurologiques nouveaux qui permettraient de fonder une aggravation de l'atteinte cérébro-organique, par ailleurs tout à fait minime. Au terme de ce raisonnement, on peut affirmer ici qu'il n'y a pas d'atteinte à la santé physique ou mentale qui serait indiscutablement causée par l'alcoolisme de cet assuré et qui aurait valeur incapacitante en soi. En second lieu, on doit examiner la possibilité de troubles psychiatriques incapacitants en soi qui seraient un facteur causal plus ou moins déterminant de l'alcoolisme de l'assuré. La question n'est pas de savoir s'il y a des troubles psychiatriques expliquant l'alcoolisme et auxquels ce dernier serait secondaire dans la conception médicale de ce qualificatif. Il s'agit essentiellement de savoir si le syndrome de dépendance alcoolique de R. _____ est accompagné d'une comorbidité psychiatrique ayant valeur incapacitante en soi et s'il est alors secondaire à cette comorbidité psychiatrique grave, au sens donné à ce qualificatif dans les règles actuelles de l'application de la LAI. Pour le soussigné, la question de l'antériorité des troubles psychiatriques par rapport à l'alcoolisme de l'assuré n'est dès lors pas un point déterminant sachant aussi que ce point ne peut que difficilement être élucidé. Le trouble de personnalité de l'assuré est confirmé, compte tenu de ce qui a été argumenté plus haut. Il paraît toutefois difficile d'en faire une affection psychiatrique incapacitante en soi. L'assuré n'est véritablement devenu un patient psychiatrique qu'après son intervention chirurgicale d'août 2002. Il n'a pas de suivi spécialisé en ce moment. Les traits de personnalité pathologiques sont peu typés. On n'a pas d'arguments pour un trouble spécifique de personnalité. S'il y a une fragilité personnelle et carence de facultés adaptatives, il n'est pas justifié d'admettre un trouble de personnalité de gravité telle qu'il soit incapacitant en soi. Le trouble anxiété généralisée n'est pas sévère. Il n'est pas rapporté spontanément par l'assuré. Il faut aller chercher la symptomatologie anxieuse pour qu'elle apparaisse au grand jour. L'expertisé n'a pas fait des démarches thérapeutiques pour ce problème, alors que ce type d'anxiété, lorsqu'elle est sévère, occasionne le plus souvent une demande de traitement psychiatrique. Pour le soussigné, il n'est dès lors pas justifié de corréler ce trouble anxiété généralisée à une quelconque incapacité de travail psychiatrique. L'abus d'alcool peut par contre expliquer l'instabilité personnelle et socioprofessionnelle. L'assuré le présente lui-même comme la pierre angulaire de sa décision de séparation prise avec son épouse. Même si l'assuré dit n'avoir pas rencontré de difficultés professionnelles à cause de l'abus d'alcool, il n'est pas certain que cette conviction de l'intéressé reflète la réalité des choses. Pour le soussigné, la présentation générale de R. _____ évoque d'emblée un problème avec l'alcool et peut, pour ce simple motif, lui créer des difficultés sur les lieux de travail. En l'état, le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique pour le seul trouble anxiété généralisée et le trouble mixte de la personnalité. Même si ces deux troubles peuvent jouer un rôle dans la genèse de l'alcoolisme de l'assuré, ils n'en sont pas la seule explication. L'alcoolisme est un trouble d'origine multifactorielle. Tant l'anxiété généralisée que le trouble de personnalité ne sont par ailleurs pas ici incapacitants. Pour ce motif, on doit qualifier l'alcoolisme de R. _____ de primaire dans le sens donné à ce qualificatif dans les règles d'application de la LAI dans le domaine des addictions. Pour le soussigné, c'est bien la consommation d'alcool excessive et ses conséquences sur le fonctionnement de l'assuré qui créent ses dysfonctionnements personnels et socioprofessionnels. Dans la mesure où

l'alcoolisme primaire de R. _____ ne peut pas être pris en compte, le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Il n'admet pas le 20% retenu au SMR Suisse romande, sachant que l'assuré a une certaine fragilité, sans plus. Il n'admet pas les incapacités de travail retenues par les médecins traitants, dans la mesure où il ne prend en compte que ce qui doit l'être dans ce mandat. Au passage, on peut rappeler le fait que l'expert doit statuer de façon objective en référence au principe général de justice distributive visant l'égalité de traitement entre tous les assurés. Le médecin traitant exerce son activité dans le cadre d'un mandat de traitement. Il peut se prévaloir d'un principe de bienfaisance et vouloir préserver la relation thérapeutique en évitant de se mettre en conflit avec son patient sur le point délicat de l'incapacité de travail. Il n'est dès lors pas inhabituel que le médecin traitant atteste des incapacités de travail plus élevées voire bien plus élevées que celle de l'examineur médical neutre, comme c'est le cas ici. Il est par ailleurs intéressant de rapporter la position psychologique de l'expertisé par rapport à sa situation actuelle. Questionné sur ses limitations professionnelles, l'assuré explique authentiquement sa position de la façon suivante "Je suis trop fatigué. Je ne peux pas assumer un travail. J'ai besoin de me reposer pour que je puisse me régénérer. Il faut que je puisse me reposer pour ne pas retomber dans l'alcool. Avec les médicaments et l'alcool, j'ai une double fatigue". De ces déclarations de l'assuré, on doit retenir que ce qui s'est passé en 2002 a été vécu comme catastrophique et que l'expertisé considère comme un droit légitime d'être temporairement écarté du monde du travail afin de récupérer. Cette explication psychologique est une ébauche de compréhension du comportement d'invalidé de M. Behledi. Elle ne vaut pourtant pas pour une affection psychiatrique avec son corollaire de limitations et d'incapacité. Sur le plan médical, il n'y a que peu de choses à proposer dans ce cas. La prise en soins de ce type d'alcoolisme a son préalable de la collaboration de l'assuré. R. _____ reste en phase dite "contemplative". Il ne paraît pas réellement s'engager dans les traitements qui lui sont proposés. S'il a pu observer des périodes d'abstinence en milieu protégé, notamment lorsqu'il séjournait à la pension Arcady, les rechutes sont la règle. En l'état actuel, la prise en charge devrait vraisemblablement passer par un long séjour dans un établissement spécialisé. L'expertisé n'est pas prêt à s'engager dans une telle démarche. Il ne paraît guère utile de la lui imposer, sachant que les gages de réussite relèvent essentiellement de la motivation de la personne concernée. Sur le plan professionnel, le soussigné n'a pas de proposition à formuler, sachant que la réintégration de cet assuré dans le marché de l'emploi passe par le préalable d'une abstinence ou d'une consommation d'alcool fortement diminuée. Dans une activité professionnelle telle que celles qu'il a exercées, avec des horaires de travail normaux et sans facteurs de stress sortant manifestement de l'ordinaire, l'assuré devrait théoriquement être apte à travailler en plein, sous réserve des limitations neuropsychologiques. Conclusion En conclusion, l'assuré R. _____ est un homme de 42 ans, séparé, sans enfants et qui garde des contacts réguliers avec son épouse. Si le réseau social est restreint, l'assuré conserve un support social tant en Suisse qu'en Tunisie, d'après les informations à disposition. Les antécédents n'ont apparemment rien de particulièrement traumatique. On note une certaine instabilité dès les débuts de l'âge adulte. L'expertisé semble avoir eu de grandes difficultés à fonctionner de façon autonome. Il est vrai que les problèmes avec l'alcool et d'autres substances (cannabis) semblent être apparus relativement tôt. C'est la découverte d'une tumeur cérébrale bénigne et les complications opératoires qui ont médicalisé cette situation et mis en évidence la sévérité d'un alcoolisme qui durait depuis plusieurs années. L'évolution a été défavorable. L'assuré ne s'est apparemment jamais plus réintégré dans le

monde ordinaire du travail. Au terme de son évaluation, le soussigné retient une pathologie psychiatrique significative en termes d'un trouble anxieux généralisé et d'un trouble de personnalité. Celle-ci n'a pourtant pas la sévérité qui justifierait une incapacité de travail en soi. Dans le sens qu'a ce qualificatif dans les règles d'application de la LAI, l'alcoolisme de M. Behledi doit être qualifié de primaire. Il n'est dès lors pas justifié de retenir une incapacité de travail psychiatrique pour cette dépendance. Actuellement, les propositions médicales restent minces sachant que le long séjour en milieu spécialisé et la post-cure seraient vraisemblablement la voie à suivre et que l'assuré n'est pas prêt à s'engager dans cette démarche. Sur le plan professionnel, il n'y a rien à proposer tant que la problématique alcoolique n'est pas au moins partiellement résolue. Le pronostic à long terme pourrait être sombre." Dans sa détermination du 3 janvier 2011, l'OAI s'est rallié aux conclusions de l'expert. Le 8 mars 2011, le recourant a encore déposé une détermination. En droit : 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 (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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). Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, 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 compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité. 2. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959; RS 831.20]). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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 qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 LAI). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord 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 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère 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 doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 c. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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. 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 et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En matière d'appréciation des preuves, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références citées, TF 8C_149/2010 du 30 novembre 2010 consid. 5). c) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2). d) D'après une jurisprudence 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 la référence citée; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2). 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. 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 déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 c. 2.2; TF I 169/06 du 8 août 2006 c. 2.2 et les arrêts cités). En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 c. 2.3 et les références citées). L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). 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 conduit 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 c. 2.4; TF I 731/02 du 25 juillet 2003 c. 2.3). 3. Sur le plan psychiatrique, l'expert diagnostique un syndrome de dépendance alcoolique, un trouble d'anxiété généralisée et un trouble mixte de la personnalité. Il ne retient pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. a) Le recourant relève que, dès

lors que l'expert a constaté le foetor alcoolique du recourant tout en précisant qu'il n'y avait pas de signes nets d'ivresse, on pouvait en tout cas en déduire que l'expertisé n'était pas complètement sobre lorsqu'il a été vu par l'expert et que compte tenu de l'importance qui est donnée aux déclarations de l'expertisé lui-même, l'examen médical n'aurait pas dû se faire alors que le recourant était alcoolisé. Il en déduit que c'est avec toute la prudence qui s'impose que devront être évaluées les conclusions de l'expertise. L'expert a noté un foetor alcoolique, mais constaté qu'il n'y avait pas de signes d'ivresse. Le recourant était ainsi apte à être expertisé. L'expert a d'ailleurs indiqué que les informations données par l'expertisé étaient utilisables, que celui-ci avait une mémoire étonnante des dates et de faits précis de sa vie passée, la collaboration étant bonne et l'examen se passant dans des conditions optimales. Contrairement à ce que soutient le recourant, les conditions dans lesquelles l'expertise a eu lieu ne sauraient dès lors être remises en cause. b) Le recourant soutient que l'avis de l'expert selon lequel les traits de personnalité pathologique seraient peu typés et ne seraient apparus véritablement qu'à partir de l'intervention chirurgicale d'août, est en contradiction avec le rapport du SMR, lequel faisait remonter les débuts du trouble de la personnalité diagnostiqué à la deuxième dizaine d'années du recourant. Il estime que son échec dans ses études et ses difficultés de communication avec sa famille tunisienne tendent à confirmer cela et ne pas comprendre sur quelle base l'expert s'appuie pour affirmer qu'il n'y a pas d'arguments pour un trouble spécifique de la personnalité, alors qu'il relève que l'expertisé n'est pas inséré dans le monde du travail ni ne parvient à stabiliser la relation sentimentale qu'il entretient avec son épouse et qu'en outre sont également évoqués ses difficultés à penser et se concentrer, ses troubles du sommeil, son irritabilité, voire encore son réseau social restreint, autant d'éléments qui, selon le recourant, devraient permettre de conclure à un diagnostique plus marqué. L'expert explique que trouble de la personnalité se définit comme un mode de comportement durable qui apparaît au plus tard au début de l'âge adulte (expertise pp. 15 et 19 note 21). Il précise que le trouble de personnalité du recourant est confirmé, mais qu'il n'est véritablement devenu un patient psychiatrique qu'après l'intervention chirurgicale d'août 2002 (p. 19). L'expert ne retient donc pas que le trouble de la personnalité n'aurait existé que depuis cette date. Il n'y a ainsi pas de contradiction avec ce que retient la Dresse Y._____. L'expert explique en outre que le recourant a fait la preuve d'une certaine instabilité tant sur le plan personnel que socioprofessionnel, mais que ces éléments vont dans le sens des caractéristiques générales d'un trouble de personnalité, la recherche d'un trouble spécifique étant par contre peu contributive, toutes les caractéristiques d'un tel trouble n'étant pas présentes, raison pour laquelle il pose le diagnostic de trouble mixte de personnalité. Il estime que le trouble n'est pas d'une exceptionnelle sévérité et ne constitue pas une affection psychiatrique incapacitante en soi, notamment parce que le recourant n'est véritablement devenu un patient psychiatrique qu'après son intervention chirurgicale d'août 2002, qu'il n'a pas de suivi spécialisé au moment de l'expertise, que les traits de personnalité pathologiques sont peu typés et qu'il n'y a pas d'arguments pour un trouble spécifique de personnalité. Les explications de l'expert apparaissent ainsi claires et convaincantes. c) Le recourant reproche également à l'expert d'avoir considéré le trouble anxieux généralisé comme étant peu sévère pour le motif qu'il n'est pas rapporté spontanément par l'assuré. Il soutient que s'il boit c'est pour mieux supporter ses maux, ce qui remplacerait un discours de sa part et que l'absence de demande de traitement psychiatrique de la part du patient ne saurait être déterminant, compte tenu du fait qu'il est suivi de manière régulière pour ses divers maux et qu'il se positionne depuis quelque temps dans une attitude de rejet face aux cures et traitements qui lui sont proposés.

L'expert expose que le trouble anxiété généralisée n'est pas sévère d'une part parce qu'il n'est pas rapporté spontanément par le recourant, ce que celui-ci ne dément pas. D'autre part, il explique que ce type d'anxiété, lorsqu'elle est sévère, occasionne le plus souvent une demande de traitement psychiatrique, ce qui n'est pas le cas du recourant, comme le confirme d'ailleurs le dossier. d) De l'avis du recourant, l'expert mentionnerait en p. 20 de l'expertise que le trouble neurologique n'induirait aucune incapacité de travail s'écartant ainsi de l'avis du Pr L. _____ et de la Dresse Y. _____. Tel n'est pas le cas, en effet à la page 20 de l'expertise, l'expert mentionne ne pas retenir d'incapacité de travail psychiatrique n'admettant ainsi pas le 20% retenu au SMR Suisse romande. Cette appréciation ne concerne donc pas les troubles neuropsychologiques. A ce propos, l'expert relève en p. 18 que le recourant est atteint d'une affection neuropsychologique de peu de sévérité suite aux complications opératoires du mois d'août 2002, que cette atteinte a été investiguée et chiffrée par une expertise ad hoc retenant une diminution de rendement de 20% et qu'il n'y a pas lieu de revenir là-dessus. e) Le recourant est en outre d'avis que l'expertise est lacunaire dès lors que les troubles de la personnalité et de l'anxiété généralisée n'auraient été évalués qu'indépendamment l'un de l'autre par l'expert, celui-ci n'ayant pas tenu compte de ce qu'ils coexistent, ni du troubles neurologique alors que c'est à son avis le cumul de tous ces troubles qui doit donner lieu à l'évaluation de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant. L'expert a examiné chacune des affections psychiatriques dont est atteint le recourant, déterminé leur incidence sur la capacité de travail de celui-ci séparément d'abord puis ensemble. Il indique en effet en p. 20 ne pas retenir d'incapacité de travail psychiatrique pour le seul trouble anxiété généralisée et le trouble mixte de la personnalité, même si ces deux troubles peuvent jouer un rôle dans la genèse de l'alcoolisme de l'assuré. f) Le recourant allègue en outre que dès lors que l'expert indique, s'agissant de la relation entre la dépendance à l'alcool et les troubles psychiatriques, que l'on ne peut affirmer que la première serait indiscutablement la conséquence des deuxièmes (rapport d'expertise, R. 7 p. 24 et R. 2 p. 27), cela signifie dans le même temps qu'on ne peut pas non plus l'exclure. Il estime que l'expert ne répond pas à la question de savoir si l'alcool est utilisé par le recourant pour tenter de remédier à ses problèmes psychiques, se limitant à reprendre les termes de l'expertisé (rapport d'expertise, R. 3 p. 27). Toutefois, l'expert explique clairement (p. 19) que le trouble anxiété généralisée et le trouble mixte de la personnalité peuvent jouer un rôle dans la genèse de l'alcoolisme de l'assuré mais qu'ils n'en sont pas la seule explication, l'alcoolisme étant un trouble d'origine multifactorielle. En outre, tant l'anxiété généralisée que le trouble de personnalité ne sont pas incapacitants. Il qualifie dès lors l'alcoolisme du recourant de primaire. Il ajoute que c'est bien la consommation d'alcool excessive et ses conséquences sur le fonctionnement de l'assuré qui créent ses dysfonctionnements personnels et socioprofessionnels, ce qui est corroboré par les observations de la Dresse Y. _____ qui indique avoir constaté que depuis son abstinence, l'état du recourant s'est amélioré avec la disparition de la symptomatologie dépressive et l'amélioration de la symptomatologie anxieuse. g) En conclusion, les critiques du recourant à l'égard de l'expertise n'apparaissent pas fondées. h) S'agissant d'une éventuelle pathologie dépressive, l'expert relève qu'en l'état, il n'y a aucun argument au dossier qui permettrait de fonder un véritable épisode dépressif tant au jour de l'expertise que dans les antécédents de l'assuré, si on applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence. Il explique en outre que cette position diagnostique ne s'écarte pas véritablement des autres appréciations psychiatriques au dossier, dès lors que l'expertise de la Dresse P. _____ retient l'épisode dépressif moyen

sans l'argumenter dans les règles, le rapport du Dr T. _____ retenant le trouble dépressif récurrent, sans l'argumenter non plus et que l'évaluation de la Dresse Y. _____ parle de rémission complète, sans avoir démontré un épisode vrai dans les antécédents. Sur ce point également, l'avis de l'expert est convaincant et doit être suivi. i) Le rapport d'expertise souscrit aux réquisits de la jurisprudence, il comprend une anamnèse, fait état des plaintes du recourant, procède d'une étude complète de son cas et est exempte de contradictions. Ses conclusions sont bien motivées et claires. Elle n'est en outre pas mise en doute par d'autres rapports médicaux émanant de spécialistes. En effet, il y a lieu de constater avec les Drs Q. _____ et Y. _____ que l'expertise de la Dresse P. _____, n'est pas convaincante et peu claire, que notamment les diagnostics retenus ne sont pas argumentés, et qu'il n'y a aucune discussion des rapports médicaux au dossier. Enfin, elle retient une incapacité de travail totale depuis 2001 alors qu'aucune limitation fonctionnelle psychiatrique n'est décrite. Ses conclusions ne peuvent donc être suivies. Les Drs C. _____ et J. _____ (rapport du 1er mai 2009) mettent essentiellement la problématique alcoolique en avant, la comorbidité psychiatrique sévère préexistante évoquée n'étant pas précisée. Quant au Dr T. _____, il tient compte dans son appréciation, d'une pathologie dépressive que l'expert a écartée, comme mentionné ci-dessus. En outre, ses avis sont peu documentés comme du reste les rapports des Drs B. _____, V. _____, D. _____ et M. _____, ce dernier praticien ayant au demeurant estimé nécessaire une expertise psychiatrique. L'expertise effectuée par le Dr E. _____ a en conséquence valeur probante. Force est dès lors de constater qu'il n'y a aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique. En conséquence, il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction, la requête du recourant en ce sens devant être ainsi rejetée. 4. Sur le plan neuropsychologique, le Pr L. _____ a retenu une diminution de rendement de 20% dans l'activité du recourant comme dans toute activité simple depuis le 5 août 2002. Ce rapport n'est remis en cause par aucun médecin. Certes, à la suite de l'examen du 5 janvier 2009, elle a constaté une légère péjoration des troubles attentionnels et l'apparition d'un fléchissement exécutif. Elle ne mentionne toutefois pas que ces dernières constatations entraînent une diminution de rendement plus importante. Le Dr W. _____ (avis médical du 25 mars 2009) constate du reste que ces atteintes sont peu importantes et ont déjà été prises en compte dans la diminution de rendement de 20% retenue. De même, l'expert relève que même si cet examen neuropsychologique note une légère péjoration par rapport à l'expertise du 20 septembre 2005, cette péjoration ne peut pas être prise en compte, dès lors que selon les règles usuelles en la matière, les troubles neuropsychologiques objectifs du recourant doivent être considérés comme stables plus de deux ans après les événements du mois d'août 2002, en l'absence d'événements neurologiques nouveaux qui permettraient de fonder une aggravation de l'atteinte cérébro-organique, par ailleurs minime. Il y a dès lors lieu de retenir une diminution de rendement de 20% sur le plan neuropsychologique. 5. Enfin, il ne résulte pas du dossier que la chute du recourant ayant entraîné une fracture de l'os malaire gauche ait laissé des séquelles incapacitantes. Le Dr W. _____ (rapport du 22 janvier 2008), mentionne d'ailleurs que ce type de fracture guérit sans laisser de séquelles incapacitantes. 6. Le recourant ayant, au vu de ce qui précède une capacité de travail entière avec un rendement diminué de 20% dans son activité habituelle ou dans toute autre activité simple, le taux de diminution de rendement se confond avec le taux d'invalidité qui est dès lors également de 20%. Il n'y a ainsi pas lieu d'effectuer un calcul de comparaison des revenus comme l'OAI dans la décision attaquée, laquelle se fonde sur les rapports du Pr L. _____ et de la Dresse Y. _____, alors que ces médecins retenaient

une diminution de rendement identique que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité simple. A noter, s'agissant du calcul effectué par l'OAI que le calcul fondé sur l'ESS pour obtenir le gain sans invalidité, savoir 57'008 fr. 07 n'est pas critiquable. En revanche, le revenu annuel avec invalidité aurait dû être réduit en fonction des empêchements propres à la personne du recourant (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc). Compte tenu des limitations liées au handicap, une réduction de 15% apparaît toutefois le maximum admissible. Le taux d'invalidité serait alors de 32%, ce qui n'ouvrirait pas non plus le droit à la rente. 7. L'octroi de mesures d'ordre professionnel n'est pas en cause dans la présente procédure. La décision attaquée mentionne du reste expressément, que l'examen des possibilités de mettre sur pied une mesure professionnelle pourra être repris par un conseiller en réadaptation pour autant que le recourant en fasse la demande, de même qu'une aide au placement. 8. En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure est onéreuse. En principe la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19.12.2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais d'arrêt doivent être fixés à 400 fr. et mis provisoirement à la charge du canton puisque le recourant, qui succombe, est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Une indemnité pour les opérations effectuées par Me Patrick Mangold jusqu'au 30 août 2010 a été fixée par décision du 11 octobre 2010. Me Mangold a déposé le 14 juin 2011 sa liste des opérations complémentaires. Sur cette base, l'indemnité complémentaire doit être fixée à 419 fr. 65 (2 heures 10 au tarif horaire de 180 fr. [2 al. 1 let. a RAJ; règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010; RSV 211.02.3], soit 390 fr., plus TVA à 7,6%) pour les opérations du 31 août au 21 décembre 2010, plus 648 fr. (3 heures 20 au tarif horaire de 180 fr., soit 600 fr., plus TVA à 8 %), soit à la somme totale de 1'067 fr. 65 à laquelle il faut ajouter 100 fr. pour les débours (art. 3 al. 3 RAJ). Le défraiement équitable de l'avocat d'office s'élève donc à 1'167 fr. 65. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 27 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice comprenant a) un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs), b) une indemnité complémentaire de 1'167 fr. 65 (mille cent soixante-sept francs et soixante-cinq centimes), TVA comprise, à verser à Me Patrick Mangold, avocat d'office du recourant, sont, vu l'octroi de l'assistance judiciaire, provisoirement mis à la charge du canton, sous réserve des montants déjà payés au titre de franchise. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Patrick Mangold (pour R. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, par l'envoi de photocopies. Cette décision est communiquée, par courrier électronique, au Service juridique et législatif. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas

échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.