

# VD\_FINDINFO AI 261/13 - 198/2014 vom 6. August 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-08-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_261\\_13\\_-\\_198\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_261_13_-_198_2014)

FR: VD\_FINDINFO AI 261/13 - 198/2014 du 6 août 2014

IT: VD\_FINDINFO AI 261/13 - 198/2014 del 6 agosto 2014

## Regeste

AI{ASSURANCE}, ALCOOLISME, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE | 28 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

## Erwägungen

### E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

### E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

### E. 3

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (cf. 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 ; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente (cf. art. 28 LAI). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec 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'AI, 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 (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). c) 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 (cf. ATF 124 V 265 consid. 3c et la référence citée ; TF 9C\_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2 et 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 déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (cf. TF 9C\_960/2009 précité, loc. cit., et TF 9C\_395/2007 précité, loc. cit.). 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 (cf. TF 9C\_395/2007 précité consid. 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. 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 (cf. TF 9C\_395/2007 précité consid. 2.4 ; cf. TFA I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2.3).

### **E. 3.2**

et TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

### **E. 3.3**

et TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; cf. TF 9C\_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3 et TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; cf. VSI 1999 p. 182). Lorsque le revenu d'invalidité est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175 ; cf. Ueli Kieser, *Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht [ATSG]*, in : SBVR, *Soziale Sicherheit*, 2<sup>ème</sup> éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 25 p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouvent la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge ; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2 et ATF 126 V 75 consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les

principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25% (cf. notamment TF 9C\_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.5).

b) Comme l'a retenu l'OAI, l'année de comparaison des revenus est en l'espèce 2013, année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (cf. ATF 128 V 174 consid. 4a), soit un an après le début, en juillet 2012, de l'incapacité de travail durable due aux troubles somatiques du recourant (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI).

c) S'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI s'est fondé sur un montant de 68'822 fr. 20, que le recourant ne conteste pas.

d) En ce qui concerne le revenu d'invalidé, l'intimé s'est basé à juste titre sur les salaires tels qu'ils ressortent de l'ESS 2010 faute de disposer alors de résultats définitifs pour l'année 2012. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre en 2010 les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'901 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4). Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2010 (41,6 heures [La Vie économique 6-2014, p. 84, tableau B9.2], et non 41,7 heures comme retenu par l'OAI), le salaire mensuel de 4'901 fr. évoqué ci-dessus représente un revenu d'invalidé de 5'097 fr. 04 par mois (4'901 fr. x 41,6 : 40 heures), soit 61'164 fr. 48 par année. Cela étant, le recourant prétend qu'il n'est pas en mesure de réaliser un horaire de travail de 40 heures par semaine, comme il est d'usage dans une activité légère dans le domaine de la production et des services, et qu'il convient de procéder à une expertise pour déterminer le nombre d'heures de travail exigibles par semaine, eu égard notamment aux difficultés de concentration induites par ses troubles psychiques (cf. réplique du 3 février 2014). Ces griefs sont toutefois mal fondés, dès lors que l'instruction sur le plan médical a démontré que le recourant était à même de travailler à temps complet dans une activité adaptée et qu'il ne présentait en définitive aucune atteinte psychique susceptible d'être prise en considération par l'AI (cf. consid. 5a à c supra). Il sied encore d'adapter le montant susdit de 61'164 fr. 48 à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2013 (+ 1.00% de 2010 à 2011 et + 0.80% de 2011 à 2012, étant précisé que l'indexation de 2012 à 2013 n'était pas connue lorsque l'intimé a statué), opération qui permet d'aboutir à un revenu annuel de 62'270 fr. 33. A ce salaire, il convient encore d'appliquer un facteur de réduction, que l'intimé a fixé en l'espèce à 10% eu égard aux limitations fonctionnelles du recourant, déduction que l'intéressé estime insuffisante.

L'assuré considère plus particulièrement qu'un abattement de 25% doit être imputé sur le revenu d'invalidé dans la mesure où il est âgé de 50 et ne pourra que difficilement réintégrer le marché du travail (cf. réplique du 3 février 2014). Quoi qu'en dise le recourant, le critère de l'âge n'a que peu de poids en présence d'un niveau de qualification 4 selon l'ESS, dans la mesure où de telles catégories de travailleurs ne sont pas recherchées sur le marché du travail en fonction de leur âge et où leur salaire a tendance à augmenter jusqu'à l'âge de 65 ans, ce qui implique que les revenus réels perçus par les travailleurs les plus âgés dépassent les revenus hypothétiques définis par les statistiques (cf. TF 8C\_373/2008 du 28 août 2008, consid. 5.2.2.2 et U 11/07 du 27 février 2008 consid. 8.4). En tout état de cause, il reste que le recourant était âgé de 49 ans au moment où la décision litigieuse a été rendue, ce qui ne correspond de loin pas à la limite d'âge à partir de laquelle le Tribunal fédéral admet qu'il

peut être difficile pour un assuré de se réinsérer sur le marché du travail (cf. TF 9C\_428/2010 du 10 mars 2011 consid. 2.2). Pour le reste, outre les limitations fonctionnelles du recourant, l'analyse du dossier ne révèle aucune autre circonstance personnelle ou professionnelle – au sens de la jurisprudence (cf. consid. 6a supra) – susceptible de contribuer à désavantager l'assuré au moment d'un éventuel engagement. Or, à la lumière des seules limitations fonctionnelles de l'intéressé, le taux d'abattement de 10 % retenu par l'administration n'est pas critiquable. Il n'existe dès lors aucun motif pertinent de s'en écarter. Par conséquent, le revenu d'invalidé s'élève en définitive à 56'043 fr. 30. e) Après comparaison du revenu d'invalidé (56'043 fr. 30) avec celui sans invalidité (68'822 fr. 20), il résulte une perte de gain de 12'778 fr. 90 correspondant à un degré d'invalidité de 18,57% (12'778 fr. 90 / 68'822 fr. 20 x 100). Conformément à la jurisprudence (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), ce taux doit être arrondi à 19% et s'avère ainsi inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité (cf. consid. 3a supra).

#### **E. 4**

a) 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1).

#### **E. 5**

Se fondant sur l'expertise psychiatrique du Dr C. \_\_\_\_\_, l'OAI a retenu, aux termes de la décision litigieuse, que l'assuré présentait une incapacité de gain due avant tout à sa toxicodépendance et que l'on ne pouvait dès lors admettre d'invalidité au sens de la loi. De son côté, le recourant a contesté cette analyse en faisant valoir que, d'une part, les conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_ – mal interprétées par l'office – permettaient de reconnaître l'existence de troubles psychiques incapacitants et que, d'autre part, l'intimé avait fait fi de l'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_ portant sur l'aspect somatique. Par la suite, à l'occasion de sa réponse du 6 janvier 2014, l'OAI a rectifié sa position en retenant que d'un point de vue tant

somatique que psychique, l'intéressé n'était certes plus à même d'exercer sa profession habituelle de soudeur mais qu'il conservait en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cela étant, il convient donc d'examiner si le recourant présente des atteintes à la santé tant psychique que physique susceptibles d'influer sur sa capacité de travail et de gain. a) Il apparaît tout d'abord que les parties ne contestent pas les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr C. \_\_\_\_\_ à proprement parler, mais qu'elles en tirent chacune une interprétation différente. aa) Dans son rapport d'expertise du 2 janvier 2013, le Dr C. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, avec syndrome de dépendance (depuis 2004), et de trouble anxieux sans précision (depuis 2011) ; il a par ailleurs mentionné un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (depuis 2004), dépourvu d'impact sur la capacité de travail. L'expert a dûment expliqué les raisons l'ayant conduit à retenir les diagnostics susdits. Concernant la dépendance à l'alcool, il a précisé qu'il s'agissait là d'une problématique secondaire, ayant lieu de manière délibérée pour faire face à un mal-être psychique ainsi que dans le contexte d'une fragilité constitutionnelle psychique (cf. rapport d'expertise du 2 janvier 2013 p. 14), et n'entraînant pas de séquelles psychiques incapacitantes mais accentuant la symptomatologie dépressive et anxieuse (cf. ibid. p. 15). Il a en outre exposé que les circonstances du cas particulier ne permettaient pas de retenir un trouble panique, mais que l'assuré présentait en revanche une anxiété suffisamment marquée pour conclure à un trouble anxieux sans précision, lié à des conditions de vie adverses mais également entretenu par la problématique alcoolique (cf. ibid. p. 16). Quant à l'humeur, l'expert a retenu qu'actuellement celle-ci n'était que légèrement déprimée et qu'il n'y avait notamment pas de réduction de l'énergie ou de diminution de l'élan vital (cf. ibid. p. 16). En outre, le Dr C. \_\_\_\_\_ a indiqué de manière détaillée et convaincante les motifs l'ayant amené à écarter les autres diagnostics retenus par ses confrères. En particulier, l'expert a expliqué que les différents critères permettant de conclure à un trouble de la personnalité n'étaient pas réalisés en l'espèce (cf. ibid. pp. 12 à 14), l'assuré présentant tout au plus une structuration constitutionnelle psychique précaire, avec une vulnérabilité à l'émergence d'une symptomatologie dépressive, anxieuse et à l'abus de substances psycho-actives (cf. ibid. p. 14). Le Dr C. \_\_\_\_\_ a également réfuté tout diagnostic en lien avec la prise de stupéfiants, l'intéressé ayant cessé d'en consommer, et a relevé qu'il n'y avait pas non plus d'arguments en faveur de séquelles persistantes en lien avec les toxicomanies passées (cf. ibid. p. 15). Ce médecin a de surcroît observé que l'on ne pouvait conclure à un trouble affectif bipolaire, l'assuré n'ayant présenté de tels symptômes que pendant les périodes de consommation de cocaïne associée à de l'alcool (cf. ibid. p. 15). Enfin, le Dr C. \_\_\_\_\_ a expliqué qu'il n'y avait pas lieu de retenir un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention chez l'adulte, les critères requis en la matière n'étant pas réalisés (cf. ibid. p. 17). Sur cette base, l'expert a retenu que le recourant présentait des limitations fonctionnelles psychiques sous forme d'angoisse, d'intolérance à la pression psychique et de fragilité – limitations accentuées par la problématique alcoolique et en cela incompatibles avec le métier de soudeur. Concernant l'évaluation de la capacité de travail, le Dr C. \_\_\_\_\_ a indiqué que dans l'immédiat, l'état de l'assuré était trop instable pour pouvoir envisager l'exercice d'une activité. Il a néanmoins relevé qu'à long terme, le métier de soudeur pourrait être considéré après l'arrêt des alcoolisations et la fin de la période d'incertitudes socio-économiques actuelle, et que dans une activité adaptée, la fin des alcoolisations pourrait être suivie par la reprise d'une activité simple, itérative, non dangereuse, sans

responsabilités étendues ni prises de décisions importantes, tout d'abord à 50% puis, après deux mois environ, à plein temps (cf. *ibid.* p. 17 s.) Sous l'angle de la réadaptation professionnelle, l'expert a confirmé que l'abstinence d'alcool était susceptible de permettre un amenuisement de la symptomatologie dépressive et surtout de la symptomatologie anxieuse ainsi que la récupération d'une capacité de travail, dans un premier temps, dans une activité adaptée et, en termes de longue échéance, en tant que soudeur possiblement (cf. *ibid.* p. 19). Rien n'incite à douter de l'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_. En effet, les autres avis psychiatriques au dossier (cf. expertise psychiatrique pénale du 27 février 2007 et avis des médecins de la Consultation de R. \_\_\_\_\_ des 4 juin 2009, 12 août 2009, 4 janvier 2011, 16 mars 2011, 6 juin 2011 et 15 décembre 2011) – soigneusement examinés par l'expert – ne contiennent aucun élément concret qui aurait échappé à l'analyse circonstanciée du Dr C. \_\_\_\_\_ et qui justifierait de s'en écarter, mais constituent tout au plus une appréciation différente de la situation du recourant. Le même constat s'impose en ce qui concerne les comptes-rendus du Dr A. \_\_\_\_\_ (cf. comptes-rendus des 14 mai, 12 juillet et 22 août 2013) ; on notera en particulier qu'en considérant que la consommation d'alcool de l'assuré était induite par la problématique psychique (cf. constats des 14 mai, 12 juillet et 22 août 2013), le médecin traitant a en définitive rejoint l'analyse de l'expert psychiatre qualifiant la dépendance à l'alcool de secondaire à des difficultés psychiques. Dans ces conditions, on retiendra que le rapport d'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_, qui comporte des conclusions claires et bien motivées relevant d'un examen approfondi du cas du recourant, satisfait en tous points aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (cf. consid. 4b supra). bb) Sur la base de l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_, les parties ont chacune défendu une position différente. Ainsi, l'OAI a retenu que les troubles psychiques de l'assuré étaient induits par sa consommation d'alcool (cf. avis juriste du 21 juin 2013), respectivement que l'incapacité de gain était avant tout due à la toxico-dépendance (cf. projet de décision du 24 juin 2013 et décision du 12 septembre 2013), ce qui ne pouvait justifier l'octroi de prestations de l'AI. Quant au recourant, il a fait valoir que ses problèmes de boisson étaient dus à ses troubles dépressifs et – surtout – anxieux (cf. mémoire de recours du 18 octobre 2013). A l'examen du rapport d'expertise du 2 janvier 2013, on constate que le Dr C. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré – dont les premiers contacts avec l'alcool remontaient à l'adolescence et s'étaient ensuite accrus lors du service militaire puis à nouveau dès 2004 – présentait une dépendance à l'alcool secondaire, en ce sens qu'il avait délibérément recours à la boisson pour faire face à un mal-être psychique et un contexte de fragilité constitutionnelle psychique (cf. rapport d'expertise du 2 janvier 2013 p. 14). A elle seule, cette assertion ne constitue cependant pas encore un fondement suffisant pour conclure, sur le plan juridique, à une invalidité du chef d'une dépendance à l'alcool. En effet, pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, la jurisprudence exige 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 y contribue pour le moins dans des proportions considérables (cf. consid. 3c supra). Dans le cas particulier, le Dr C. \_\_\_\_\_ n'a toutefois retenu aucun diagnostic se répercutant sur la capacité de travail en lien avec le mal-être psychique ou la fragilité constitutionnelle psychique ayant amené à une consommation excessive d'alcool, difficultés qui n'ont du reste pas empêché l'intéressé de travailler par le passé. L'expert a en revanche fait mention d'un trouble anxieux incapacitant depuis 2011, lié aux conditions de vie adverses du recourant – soit un facteur extra-médical – et entretenu par la problématique

alcoolique, cette dernière accentuant les limitations fonctionnelles constatées (cf. rapport d'expertise du 2 janvier 2013 pp. 12, 16 et 17). Il a plus précisément relevé que l'aptitude au travail était affectée par la symptomatologie anxieuse, la mauvaise structure constitutionnelle psychique (fragilité, dans le sens d'une réactivité aux stressors existentiels) ainsi que la problématique alcoolique, celle-ci amplifiant l'angoisse et l'intolérance au stress et contribuant indirectement à l'incapacité de travail (cf. *ibid.* p. 17 s.). Quand bien même l'expert a ainsi mis en évidence l'interaction entre les différents troubles constatés, on ne saurait pour autant conclure à une invalidité du fait de ces atteintes. En effet, le Dr C. \_\_\_\_\_ a explicitement indiqué que l'abstinence d'alcool – médicalement exigible, sous surveillance spécialisée – était susceptible de permettre non seulement un amincissement de la symptomatologie dépressive et surtout de la symptomatologie anxieuse, mais également la récupération d'une capacité de travail, dans un premier temps, dans une activité adaptée et, en termes de longue échéance, en tant que soudeur (cf. *ibid.* p. 17 et p. 19 let. C ch. 2.1 et 2.2). En ce sens, il ne résulte pas des conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_ que le trouble anxieux ou la fragilité psychique de l'assuré seraient tels qu'ils empêcheraient la reprise d'une activité adaptée ou, à terme, de l'activité habituelle. Il apparaît bien au contraire que, sous l'angle psychique, c'est la problématique alcoolique du recourant qui fait obstacle à la mise à profit d'une pleine capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Or, même s'il est indubitable que l'alcoolisme a conduit le recourant à une déchéance sociale prononcée, cet état ne saurait à ce stade être assimilé à une atteinte à la santé à caractère invalidant. Dans ces conditions, on ne peut tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré présente une atteinte à la santé psychique susceptible d'entraîner une invalidité. En conséquence, on retiendra donc que l'intimé était fondé à se baser sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr C. \_\_\_\_\_ du 2 janvier 2013 pour conclure à l'absence d'atteinte à la santé invalidante du registre psychiatrique. b) Par ailleurs, il est constant que le Dr H. \_\_\_\_\_, mandaté par l'assureur perte de gain J. \_\_\_\_\_, a mis en évidence des troubles physiques. aa) Dans son rapport d'expertise du 7 avril 2013, ce médecin a retenu que l'assuré – qui s'était trouvé en arrêt de travail dès le 12 juillet 2012 en raison de douleurs cervicales prolongées d'une douleur intéressant le membre supérieur droit, avec des paresthésies ressenties comme des fourmillements sur les mêmes territoires – présentait des cervico-brachialgies droites irritatives et déficitaires ainsi qu'une discopathie latérale et foraminale droite de C6-C7. L'expert a estimé que du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans la profession de soudeur au regard des contraintes de charge et des positions non ergonomiques impliquées par une telle activité. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a en revanche retenu que la capacité de travail demeurerait entière dans une activité adaptée, à savoir une activité permettant d'alterner les positions assise et debout aux heures et évitant les travaux lourds, le port de charges de plus de 10 kg de manière ponctuelle et de 5 kg de manière répétitive, les mouvements répétitifs impliquant la nuque ainsi que la position statique prolongée au-delà d'une heure (cf. rapport d'expertise du 7 avril 2013 p. 6 s.). bb) L'analyse du Dr H. \_\_\_\_\_ n'est contredite par aucune pièce du dossier. Son analyse s'accorde notamment avec les observations formulées par le radiologue I. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 3 août 2012) et le neuroradiologue P. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 22 août 2012). En outre, le fait que le radiologue M. \_\_\_\_\_ ait de son côté estimé que la symptomatologie du recourant touchait plutôt le niveau C5-C6 que C6-C7 n'a aucune incidence sur l'évaluation de la capacité de travail et de gain. Enfin, le Dr A. \_\_\_\_\_ s'est quant à lui contenté d'évoquer des troubles somatiques faisant obstacle à l'activité de soudeur ou à toute activité lourde (cf.

constats des 14 mai, 8 juillet, 12 juillet et 22 août 2013), conformément à l'appréciation du Dr H.\_\_\_\_\_. A cela s'ajoute que le rapport d'expertise du 7 avril 2013 expose en détail la situation sous l'angle somatique et en tire des conclusions claires et bien motivées. Il y a donc lieu de considérer que ce rapport satisfait aux exigences requises en matière de valeur probante (cf. consid. 4b supra). Au reste, les conclusions du Dr H.\_\_\_\_\_ ne sont en aucun cas remises en question par le recourant. Quant à l'OAI, s'il s'est prononcé dans la décision entreprise en faisant abstraction de l'évaluation de cet expert, il a rectifié sa position à l'occasion de sa réponse du 6 janvier 2014, retenant que le recourant n'était plus à même d'exercer son métier de soudeur mais qu'il conservait en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cela étant, il y a donc lieu de retenir, sur la base des conclusions de l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_, que la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle de soudeur mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. c) En définitive, il faut donc conclure que le recourant dispose d'une capacité de travail nulle dans l'activité de soudeur mais totale dans une activité adaptée. En ce sens, l'examen de l'intimé – tel que résultant de la réponse du 6 janvier 2014 – échappe donc à la critique. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid.

## **E. 6**

Reste à déterminer le préjudice économique subi par le recourant du fait de ses atteintes à la santé. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 et ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; cf. TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] publiée par l'Office fédéral de la statistique (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; cf. TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid.

## **E. 7**

Le recourant estime en outre avoir droit à des mesures de reconversion professionnelle. a) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 LAI. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (cf. ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; cf. TF 9C\_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2 et 8C\_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4). Le droit à une mesure de réadaptation suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (cf. VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références). b) Dans le cas particulier, le recourant présente un degré d'invalidité de 19% qui ne permet pas à lui seul d'exclure le droit à des mesures de reconversion professionnelle (cf. TFA I 645/04 du 26 septembre 2005 consid.

### **E. 7.2**

et la référence citée). Cela dit, quoi qu'en ait pensé le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son avis SMR du 26 avril 2011, il ressort du rapport d'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ – dont les conclusions sont pleinement probantes (cf. consid. 5a/aa supra) – que des mesures de réadaptation ne seront pas envisageables tant que persistera la problématique alcoolique du recourant (cf. rapport d'expertise du 2 janvier 2013 p. 19 let. C ch. 1), étant rappelé sur ce point qu'une abstinence à l'alcool définitive, contrôlée et documentée est médicalement exigible (cf. ibid. p. 19 let. C ch. 2.1). On relèvera du reste que l'abus d'alcool avait déjà contribué en 2011 à mettre en échec la prise en charge de l'assuré à la O.\_\_\_\_\_ (cf. note d'entretien téléphonique du 11 mai 2011 et rapport des Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ du 6 juin 2011). Or, en l'état du dossier, il n'est nullement démontré que l'intéressé serait désormais durablement abstinent. Tout au plus le rapport d'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ évoque-t-il une nouvelle prise en charge à la O.\_\_\_\_\_ en vue d'une tentative de sevrage (cf. rapport d'expertise du 7 avril 2013 p. 3). Ce but n'avait toutefois manifestement pas été atteint le 12 juillet 2013, lorsque le Dr A.\_\_\_\_\_ a évoqué – sans pour autant l'étayer d'une quelconque façon – une consommation d'alcool certes en baisse et sous contrôle, mais néanmoins toujours persistante. De telles circonstances plaident donc à l'encontre de la mise en œuvre de mesures de reconversion professionnelle. A cela s'ajoute que dans un marché du travail équilibré, le recourant dispose d'un éventail de postes suffisamment large et diversifié dans des activités adaptées à ses limitations et pour lesquelles une mise au courant suffit. Sur le vu de ce qui précède, des mesures professionnelles n'ont par conséquent pas lieu d'être. Tout au plus relèvera-t-on qu'en ce qui concerne l'aide au placement, l'intimé a indiqué être disposé à la mise en œuvre d'une telle mesure pour autant que le recourant en fasse la demande.

## **E. 8**

a) En conclusion, le recours introduit le 18 octobre 2013 par F.\_\_\_\_\_ doit être rejeté et la décision attaquée du 12 septembre 2013, rectifiée le 6 janvier 2014, confirmée. b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une

équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA). Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Kathrin Gruber (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le 25 juin 2014, Me Gruber a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte du recourant. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à six heures au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 50 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 1'220 fr. 40 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ).

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