

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 968 vom 23. Dezember 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-12-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2011\\_\\_968](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__968)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 968 du 23 décembre 2011

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 968 del 23 dicembre 2011

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, AFFECTION PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 23.12.2011 Arrêt / 2011 / 968

RENTE D'INVALIDITÉ, AFFECTION PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 277/10 - 581/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 décembre 2011

Présidence de M. Jomini Juges : M. Zbinden et

Mme Moyard, assesseurs Greffier : M. Simon \*\*\*\*\* Cause pendante entre :

U. \_\_\_\_\_, à Crissier, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI En fait : A. U. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1958, a déposé le 6 juillet 2005 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), sollicitant l'octroi d'une rente. Il est soudeur industriel de formation; depuis le 11 novembre 2003 il émarge de l'aide sociale. Selon un certificat médical du 27 avril 2004 du Dr M. \_\_\_\_\_, du Département universitaire de psychiatrie adulte (ci-après: DUPA), l'assuré a été hospitalisé dans cet établissement du 19 au 27 avril 2004. Le 3 novembre 2004, la Dresse N. \_\_\_\_\_, médecin psychiatre, et K. \_\_\_\_\_, psychologue, ont attesté que l'intéressé avait suivi un traitement psychothérapeutique du 22 février 2000 au 15 septembre 2004 et qu'il avait poursuivi son traitement au cabinet du Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie à Lausanne. L'assuré a présenté une incapacité de travail à 100% du 10 novembre 2003 au 15 septembre 2004, puis de 100% dès le 21 novembre 2004 pour une durée indéterminée. L'assuré a travaillé comme concierge pour l'administration communale de Savigny du 1<sup>er</sup> février au 14 mars 2003, date à laquelle il a mis un terme à son contrat de travail sur le champ. Dans le questionnaire pour l'employeur rempli le 28 juillet 2005, l'employeur a indiqué qu'il n'y avait pas eu d'atteinte à la santé déclarée durant son engagement, que la durée de travail était de 8.5 heures par jour et que l'assuré n'avait pas bénéficié de réduction d'horaire. Son salaire mensuel brut était de 4'200 fr. et correspondait à son rendement; c'est le dernier salaire qu'il a perçu. Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> août 2005, le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a posé les diagnostics d'état dépressif avec dépendance à l'alcool depuis 1997, de bronchite spastique (atopique) depuis 1997 et de syndrome douloureux vertébral cervico-dorsolombaire depuis 1976; il n'a pas attesté d'incapacité de travail. Dans un rapport du 26 octobre 2005, le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de troubles de la personnalité de type mixte, d'anxiété généralisée et

d'état dépressif majeur, actuellement de degré moyen, puis retenu une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité de soudeur (depuis 1999) et dans toute autre profession depuis 2001. Il a signalé l'apparition chez l'assuré de dépendance à l'alcool depuis 1997, année de sa séparation d'avec sa femme et du décès de son frère cadet au Guatemala. En date du 21 avril 2006, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a notamment posé les diagnostics de suspicion de rechute à l'alcoolisme ainsi que de dépression, anxiété et somatisations. Il a évoqué un trouble de la personnalité de type psychotique, éventuellement un état anxieux, notamment consécutif à des traumatismes, et a en particulier retenu qu'aucune activité n'était exigible en raison des problèmes psychiatriques actuels. Dans son rapport du Service médical régional AI (ci-après: SMR) du 23 juin 2006, la Dresse L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu que la suspicion de rechute de l'alcoolisme n'était pas du ressort de l'AI et a demandé que l'état somatique soit précisé par le Dr T. \_\_\_\_\_. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a précisé le 28 juillet 2006 que le seul diagnostic rhumatologique déclaré était celui de "syndrome dysfonctionnel costo-vertébraux", les somatisations douloureuses pouvant aussi s'expliquer par le trouble psychiatrique, selon lui évident. Il a précisé que son patient reliait volontiers ses maux physiques aux épreuves de son parcours de vie et que la psychothérapie était déterminante dans le pronostic. Le 19 mai 2004, les Drs Q. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, du DUPA, ont posé le diagnostic d'autres troubles spécifiques de la personnalité et de syndrome de dépendance à l'alcool. Ils ont constaté des traits de personnalité narcissique avec un manque d'empathie, des attitudes et des comportements parfois arrogants et hautains, ainsi que le sentiment de ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions de haut niveau. A l'examen clinique, ils n'ont pas constaté de symptômes dépressifs importants ni de signes florides de la lignée psychotique. Dans un rapport SMR du 20 novembre 2006, les Drs O. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et L. \_\_\_\_\_ ont retenu une capacité de travail complète dans toute activité et précisé que les problèmes psychiatriques n'étaient pas responsables d'une incapacité de travail de longue durée en présence d'un alcoolisme primaire, qui n'est pas une pathologie du ressort de l'AI. Dans un préavis du 12 décembre 2006, l'OAI a rejeté la demande de rente. Il a considéré que la dépendance à des substances toxiques ne constituait une invalidité que si elle entraînait une atteinte à la santé physique ou mentale nuisant à la capacité de gain ou si la dépendance résultait d'une atteinte à la santé, ayant valeur de maladie invalidante. L'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique invalidante et les éléments mentionnés ne constituaient pas une maladie psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail. L'assuré a contesté ce préavis. Par décision du 9 février 2007, l'OAI a confirmé son refus de lui octroyer une rente. B. U. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision. Il a joint les pièces suivantes : - Un rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 27 février 2007, dont il ressort que la dépendance à l'alcool, antérieure à 1999 (abstinence depuis) doit être comprise comme une conséquence de ses troubles psychiques, abondamment décrits dans son rapport de 2005, et que l'incapacité de travail à 100% est postérieure à l'abstinence. - Un courrier du Dr T. \_\_\_\_\_ du 8 mars 2007 adressé à l'OAI selon lequel l'appréciation de cet office est très éloignée de la réalité clinique du patient. Pour lui, dès le premier contact, il est évident que l'assuré présente un trouble psychiatrique important, de l'ordre du trouble de la personnalité, voire de trouble psychotique. Il lui semble indispensable de pratiquer des tests psychologiques scientifiques afin d'étayer le ou les diagnostics psychiatriques. Dans sa réponse du 31 août 2007, l'OAI a conclu au rejet du recours, expliquant que les rapports médicaux produits à l'appui du recours n'étaient pas de nature à modifier sa décision. Une expertise judiciaire a été confiée au Dr V. \_\_\_\_\_,

spécialiste FMH en psychiatrie. Dans son rapport du 16 avril 2009, ce médecin a posé les diagnostics de dépendance alcoolique (actuellement en rémission), de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen), de trouble anxiété généralisée et de trouble mixte de la personnalité. L'expert a relevé que les plaintes de l'assuré étaient malaisées à recenser, car son état mental rendait l'entretien difficile. L'assuré déniait ses problèmes avec l'alcool, mettant essentiellement en avant le fait qu'il ne buvait plus depuis sa sortie du CHUV, il admettait que son état mental s'était fortement altéré depuis quelques mois, il rapportait des difficultés attentionnelles et des troubles mnésiques. La recherche de symptômes psychotiques florides n'avait pas été contributive. L'expert a observé un état général mauvais évoquant les situations cliniques proches d'une hospitalisation en milieu somatique. L'assuré présentait une atteinte intellectuelle, des fléchissements attentionnels et une humeur abaissée. Le tableau clinique était dominé par une encéphalopathie hépatique avec ses conséquences d'une atteinte intellectuelle qualifiée de sévère. Concernant le "trouble dépendance alcoolique", l'expert a précisé ce qui suit: "Dans le cas des toxicomanies, le système de classification montre ses limites puisqu'il est fortement tributaire des informations données par le patient et des conclusions qu'en tire l'examineur. Le praticien expérimenté sait bien que les doses, leur fréquence et la nature des substances consommées ne sont pas toujours rapportées fidèlement par les sujets en cause et que cette distorsion de l'information peut devenir la règle dans certains cas particuliers. Il n'est dès lors pas possible de poser des diagnostics de certitude. [...] Dans le cas présent, on a la notion de consommation exagérée d'alcool depuis de très nombreuses années. M. U. \_\_\_\_\_ a régulièrement rechuté, malgré les graves conséquences de son alcoolisme pour lui-même et son entourage. La tolérance s'est établie depuis des années. Des manifestations de sevrage sont vraisemblables (sudations nocturnes, cauchemars). Le sujet a certainement abusé d'alcool de façon continue depuis de nombreux mois, au vu de son état actuel. Compte tenu de ce qui précède, on doit diagnostiquer le trouble de dépendance alcoolique, comme cela a d'ailleurs été le plus souvent retenu dans ce dossier. Concernant le trouble dépressif, l'expert a retenu comme légitime de retenir un trouble dépressif majeur récurrent qui a eu ses rémissions et ses variations d'intensité toutes ces dernières années. L'état actuel pouvait être qualifié de moyen, même si l'appréciation était ici difficile au vu de la problématique somatique d'accompagnement. Quant au trouble de la personnalité, le sujet présentait des caractéristiques de dysfonctionnement et de souffrance psychique depuis les débuts de l'âge adulte; les traits de personnalité pathologiques s'étaient accentués ces dernières années, justifiant le diagnostic de trouble mixte de la personnalité. L'expert en a déduit que l'alcoolisme était primaire, en l'absence de trouble psychiatrique expliquant la dépendance de façon univoque, et que les troubles psychiatriques retenus n'avaient par ailleurs pas valeur incapacitante en soi. Toutefois, en raison des troubles intellectuels, l'assuré était maintenant totalement incapable de travailler, entraînant une incapacité de travail à 100% depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2008, tandis que pour la période précédente on ne pouvait affirmer que le sujet aurait été incapable de travailler s'il n'avait pas abusé d'alcool. Dans ses déterminations du 14 mai 2009, le recourant s'est référé à l'avis de ses médecins traitants et a contesté les conclusions de l'expert, se prévalant de la gravité de ses troubles psychiatriques et d'une invalidité à 100%. Le 14 mai 2009, l'OAI a maintenu sa position, dès lors que l'incapacité de travail totale remontait au 1<sup>er</sup> septembre 2008, soit postérieurement à la décision attaquée. Se référant à l'avis du SMR, il a relevé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expert. Par arrêt du 22 octobre 2009 (cause AI 130/07), le Tribunal cantonal a admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé la

cause à l'OAI pour nouvelle décision. Sur la base des constatations des médecins traitants de l'assuré, il s'est écarté des conclusions de l'expertise et a retenu une incapacité de travail totale dans toute activité depuis 2001, donnant droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juillet 2004. C. L'OAI a recouru au Tribunal fédéral, réclamant la confirmation de sa décision du 9 février 2007. L'assuré a pour sa part conclu au rejet du recours. Par arrêt du 9 juillet 2010, le Tribunal fédéral a admis le recours, annulé l'arrêt du Tribunal cantonal et lui a renvoyé la cause pour nouvelle décision (référence 9C\_34/2010). Il a relevé que les rapports des médecins traitants ne permettaient pas de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr V. \_\_\_\_\_ et a enjoint au Tribunal de céans de rendre un nouveau jugement, au besoin en complétant l'instruction. Les considérants pertinents de l'arrêt du Tribunal fédéral, pour nouvelle décision à rendre par la Cour de céans, sont les suivants: "4.2.1 Les premiers juges ont substantiellement retenu que les constatations des médecins traitants devaient prévaloir sur celles de l'expert et que, par conséquent, l'intimé présentait une incapacité totale de travail dans toute activité depuis 2001 au moins. Cette appréciation reposait sur plusieurs critères: les conditions d'examen régnant au moment de la réalisation de l'expertise auraient été altérées par la présence de l'encéphalopathie, ce qui se traduisait concrètement par un status psychiatrique sommaire; le docteur V. \_\_\_\_\_ aurait basé son rapport sur un unique entretien avec l'assuré, un entretien téléphonique avec l'ex-épouse (recte: l'épouse) et les médecins traitants de celui-ci et l'étude du dossier, alors que le travail du docteur S. \_\_\_\_\_ reposait sur des observations réalisées durant trois ans; l'expert aurait mentionné de possibles imprécisions et des difficultés à reconstituer l'histoire de l'intimé ou à recenser les plaintes de ce dernier en raison de l'atteinte intellectuelle dont il souffrait à cette époque; l'expert aurait également relevé les limites de la classification des toxicomanies dans la mesure où celle-ci était tributaire des informations communiquées par le patient; certains points n'auraient pas été discutés ou certaines affirmations n'auraient pas été motivées. 4.2.2 Bien que nombreux, ces éléments ne justifient pas de se distancier de l'expertise, ni ne démontrent en quoi les rapports des médecins traitants seraient plus pertinents. En effet, lesdits éléments portent sur des points annexes et non sur le fond. Ils n'illustrent pas des contradictions, des incohérences ou des lacunes qui affaibliraient la valeur de l'expertise mais mettent en évidence les précautions prises par l'expert dans la réalisation de son travail afin d'éviter que les circonstances particulières ne faussent ses conclusions. Ils constituent des généralités, pour la plupart sans fondement, qui n'ont aucune valeur démonstrative. Ils ne remettent aucunement en question l'appréciation diagnostique et asséurologique de neuf pages faite par le docteur V. \_\_\_\_\_, mais ne font que référence à des détails formels qui ne peuvent être considérés comme des critères permettant de juger de la valeur d'un document médical. Ainsi, malgré les difficultés à récolter des informations auprès de l'assuré en raison de l'existence de l'encéphalopathie hépatique et ses symptômes neuropsychologiques, l'expert a complété les données disponibles en s'entretenant avec les personnes proches de l'intimé (l'épouse et les médecins traitants) et en analysant l'intégralité du dossier fourni, ce qui correspond précisément au rôle dévolu par la jurisprudence à un expert (analyse neutre, ponctuelle et détaillée d'un cas particulier; cf. ATF 125 V 351 cité) à qui on ne peut donc pas reprocher de ne pas se fonder sur un suivi de plusieurs années. On ne peut pas davantage faire grief au docteur V. \_\_\_\_\_ d'avoir évoqué les limites - reconnues par la doctrine médicale - de la classification des toxicomanies sans même discuter l'appréciation concrète qui en a été faite. On ne peut pas non plus extraire de leur contexte deux phrases conclusives (les troubles retenus n'ont pas valeur incapacitante en soi; tout porte par conséquent à penser que cet

assuré aurait pu rester normalement intégré dans le monde du travail et présenter une pathologie psychiatrique moins sévère s'il n'y avait pas eu une dépendance alcoolique) comprises dans une appréciation circonstanciée de neuf pages et se contenter d'affirmer, sans plus ample argumentation, que celles-ci ne sont pas motivées ou sont «gratuites». 4.3 Il ressort donc de ce qui précède que les critères invoqués par la juridiction cantonale ne constituent pas des motifs suffisants, ni même valables, pour s'écarter du rapport d'expertise au sens de la jurisprudence citée. On ajoutera encore que le seul fait d'évincer un rapport médical ne suffit pas à rendre probants ceux qui restent et font état d'un avis contraire. Il faut encore procéder à une analyse fondamentale du contenu de ces derniers et pas seulement s'arrêter à des critères formels (la mention de l'existence d'une anamnèse claire et complète, la prise en compte des plaintes, la présence d'une description du contexte médical intelligible et de conclusions convaincantes et bien motivées). Cette analyse, qui fait entièrement défaut en l'espèce, se justifie d'autant plus que l'existence d'une encéphalopathie hépatique totalement incapacitante au moment de l'expertise et non contestée semble démontrer que l'influence de la problématique alcoolique, qui n'entraîne pas en ligne de compte pour les médecins traitants, existe et a toujours existé. Il apparaît ainsi que leur appréciation des preuves a conduit les premiers juges à violer le droit fédéral en ne respectant pas les conditions nécessaires pour écarter un rapport d'expertise judiciaire et pour évaluer la valeur de documents médicaux. En l'absence de constatations valables sur ce point, il convient d'annuler le jugement cantonal et de renvoyer la cause à la juridiction de première instance pour qu'elle y procède, au besoin en complétant l'instruction, et rende un nouveau jugement". D. Une nouvelle expertise judiciaire bidisciplinaire a été mise en œuvre, confiée à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: la CRR). Dans leur rapport du 29 août 2011, les Drs V. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, ont posé les diagnostics de cirrhose éthylique compensée, de rachialgies non spécifiques, de gonarthrose fémoro-tibiale interne droite débutante et de déficit cognitif persistant lié à l'utilisation d'alcool. Ils ont procédé à un examen physique, à des examens de laboratoire, à des radiographies et à un examen neuropsychologique, en se référant à un rapport psychiatrique établi par le Dr V. \_\_\_\_\_. Dans leur appréciation du cas, ils ont notamment relevé ce qui suit: "Retentissement de l'atteinte somatique sur la capacité de travail: En conclusion, en ce qui concerne l'atteinte ostéo-articulaire, on ne peut plus exiger de U. \_\_\_\_\_ qu'il exerce la profession de soudeur ou toute autre profession nécessitant le soulèvement répété de charges supérieures à 10 kg, les positions accroupies ou en porte-à-faux du rachis, et ce depuis le premier novembre 2003, date de l'interruption définitive du travail. En revanche, dans toute activité respectant ces limitations, une capacité de travail complète aurait pu être exigée jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2008, date de la décompensation hépatique: activité de contrôle, activité administrative, dans la vente par exemple, activité d'ouvrier à un établi. Dès cette dernière date, les répercussions sur la capacité de travail des conséquences de l'atteinte hépatique (sarcopénie, état de fatigue) et de la détérioration cognitive (lenteur, baisse consécutive du rendement, troubles mnésiques et exécutifs) doivent être prises en compte de façon globale, conjointement avec l'atteinte psychiatrique (cf plus bas). Retentissement de l'atteinte psychique sur la capacité de travail: Dans le rapport annexé, le Dr V. \_\_\_\_\_, psychiatre, discute de façon exhaustive les diagnostics qu'il retient [à savoir: syndrome de dépendance alcoolique, déficit cognitif persistant lié à l'utilisation d'alcool, trouble anxieux et dépressif mixte et trouble mixte de la personnalité] et le retentissement de chacun d'eux sur la capacité de travail. En résumé, la pathologie psychiatrique fonctionnelle de M. U. \_\_\_\_\_ est rassurante. L'expert

psychiatre ne retient qu'un simple trouble anxieux et dépressif mixte et un trouble mixte de la personnalité. Ce tableau clinique ne saurait valoir pour une incapacité de travail psychiatrique en soi. Par ailleurs, le Dr V. \_\_\_\_\_ estime, notamment sur la base de l'évolution, que l'alcoolisme de M. U. \_\_\_\_\_ est bel et bien primaire et que, sans l'abus d'alcool, l'assuré aurait été capable de rester inséré dans le monde ordinaire de l'emploi. Le Dr V. \_\_\_\_\_ admet qu'un déficit cognitif persistant lié à l'utilisation d'alcool peut néanmoins diminuer le rendement de l'assuré, d'autant plus que ce dernier résiste mal aux facteurs de stress en raison de sa pathologie psychiatrique fonctionnelle. Retentissement de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail toute pathologie confondue: C'est donc à partir du premier décembre 2008 qu'intervient l'incapacité de travail, même dans une activité adaptée à l'atteinte ostéo-articulaire. Raisonnablement, on doit admettre que les conséquences physiques et psychiques décrites dans les deux paragraphes précédents altèrent le rendement et la qualité du travail de U. \_\_\_\_\_. Les experts évaluent à 50% le retentissement sur la capacité de travail de l'atteinte à la santé, toute pathologie confondue. L'incapacité est fixée pour une longue durée. Il n'y a pas de mesure médicale ni professionnelle susceptible de l'améliorer. On parle ici de taux médico-théorique exigible: les experts savent bien que M. U. \_\_\_\_\_ est déterminé à ne jamais regagner le marché de l'emploi, même avec l'aide des institutions". Dans ses déterminations du 6 octobre 2011, se référant à un avis médical du 28 septembre 2011 du SMR des Drs W. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, l'OAI s'est rallié aux conclusions de l'expertise du 29 août 2011 de la CRR. Le 25 octobre 2011, le recourant a relevé que, suite à l'arrêt du Tribunal fédéral, le Dr V. \_\_\_\_\_ n'aurait pas dû être à nouveau interpellé pour se prononcer sur l'état de santé psychique, ce médecin s'étant déjà exprimé antérieurement dans la procédure. Il a fait valoir que l'expertise de la CRR entraine en contradiction avec celle du 16 avril 2009 du Dr V. \_\_\_\_\_ au sujet de la capacité de travail et, faute de conclusions convaincantes, qu'elle ne permettait pas de déterminer si l'alcoolisme était primaire ou secondaire. Il a demandé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, auprès d'autres médecins. E. Dans la procédure ayant fait l'objet de l'arrêt du 22 octobre 2009 (cause AI 130/07), l'assuré a bénéficié de l'assistance judiciaire, selon décision du 26 juin 2007 du bureau de l'assistance judiciaire. Par décision du 3 février 2011, le juge instructeur a accordé à l'assuré, dans la présente procédure, le bénéfice de l'assistance judiciaire, avec effet au 10 décembre 2010, pour les frais judiciaires et l'assistance d'un mandataire d'office en la personne de Me Olivier Carré, avocat à Lausanne. E n d r o i t : 1. 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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé dans le délai utile et satisfait aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 2. Après l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral et le complément d'instruction ordonné par la Cour de céans, il y a lieu de se prononcer sur le droit aux prestations et sur la conformité au droit fédéral de la décision de l'OAI du 9 février 2007. Les éventuelles aggravations de l'état de santé postérieures à cette date n'ont pas à être prises en compte dans la présente procédure de recours. a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242

consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b; 116 V 246 consid. 1a et les références citées; TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4; TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4; TF 9C\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 consid. 3.2).

b) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1<sup>er</sup> in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en

principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Cela étant, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

c) 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; TF 9C\_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2). On ajoutera que la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. 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 (TF 9C\_960/2009 du 24 février 2010 consid. 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 consid. 2.3 et la référence citée).

3. a) S'agissant de la problématique psychique, dans son expertise du 16

avril 2009, le Dr V. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de dépendance alcoolique (actuellement en rémission), de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen), de trouble anxieux généralisé et de trouble mixte de la personnalité. L'expert a relevé que les plaintes de l'assuré étaient malaisées à recenser, car son état mental rendait l'entretien difficile, et a éprouvé des difficultés à récolter les informations auprès de l'intéressé en raison de l'encéphalopathie hépatique et a dû compléter les données disponibles en s'entretenant avec son épouse et ses médecins traitants. Le Tribunal fédéral (consid. 4.2.2) a relevé que, ce faisant, l'expert avait correctement effectué son travail, son expertise n'étant donc en substance pas dénuée de valeur probante. Concernant le "trouble dépendance alcoolique", l'expert a signalé une consommation exagérée d'alcool depuis de très nombreuses années – ce qui correspond aux autres pièces versées au dossier, notamment à l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_ –, des sevrages et plusieurs rechutes, malgré les graves conséquences de son alcoolisme pour lui-même et son entourage. L'expert a ainsi diagnostiqué un trouble de dépendance alcoolique. Il a ensuite retenu un trouble dépressif majeur récurrent, l'état actuel pouvant être qualifié de moyen. Quant au trouble de la personnalité, il a constaté des caractéristiques de dysfonctionnement et de souffrance psychique depuis les débuts de l'âge adulte; les traits de personnalité pathologiques s'étant accentués ces dernières années, justifiant le diagnostic de trouble mixte de la personnalité. L'expert en a déduit que l'alcoolisme était primaire, en l'absence de trouble psychiatrique expliquant la dépendance de façon univoque, et que les troubles psychiatriques retenus n'avaient pas valeur incapacitante en soi. Toutefois, en raison des troubles intellectuels, l'assuré était maintenant totalement incapable de travailler, entraînant une incapacité de travail à 100% depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2008, tandis que pour la période précédente on ne pouvait affirmer que le sujet aurait été incapable de travailler s'il n'avait pas abusé d'alcool. Dans leur expertise du 29 août 2011, les Drs V. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ ont notamment posé le diagnostic de déficit cognitif persistant lié à l'utilisation d'alcool. Ils se sont référés à un nouveau rapport psychiatrique du Dr V. \_\_\_\_\_. Dans leur appréciation du cas, se référant au rapport de ce dernier médecin – qui retient les diagnostics de syndrome de dépendance alcoolique, de déficit cognitif persistant lié à l'utilisation d'alcool, de trouble anxieux et dépressif mixte et de trouble mixte de la personnalité – ils ont noté que la pathologie psychiatrique fonctionnelle de l'assuré était rassurante, un simple trouble anxieux et dépressif mixte et un trouble mixte de la personnalité ne pouvant justifier une incapacité de travail psychiatrique en soi. Ils ont relevé que, de l'avis du Dr V. \_\_\_\_\_, l'alcoolisme était primaire et que, sans l'abus d'alcool, l'assuré aurait été capable de rester inséré dans le monde ordinaire de l'emploi, avec une diminution de rendement. Au vu des explications des médecins de la CRR, en particulier compte tenu du rapport circonstancié du Dr V. \_\_\_\_\_, on retiendra que l'alcoolisme de l'assuré est primaire, conclusion à laquelle ce médecin était déjà parvenu dans son expertise du 16 avril 2009. Le fait que cet expert s'était, à cette date, déjà prononcé sur l'état de santé psychique de l'assuré ne permet pas de douter de ses conclusions. Contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait considérer que l'expertise de la CRR contredit celle du 16 avril 2009 du Dr V. \_\_\_\_\_, dès lors que cet expert se prononce non seulement sur l'alcoolisme mais également sur d'autres affections psychiques, tel un trouble anxieux et dépressif mixte ainsi que l'éventuelle incapacité de travail en résultant. L'expertise de la CRR permet du reste clairement de déterminer que l'alcoolisme de l'assuré est primaire, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise. Il convient au demeurant de relever que le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 9 juillet 2010, n'a émis aucune remarque dont on pourrait déduire que la

première expertise du Dr V. \_\_\_\_\_ n'avait pas pleine valeur probante. Les deux expertises réalisées par ce médecin peuvent donc être prises en considération et elles ne sont pas contradictoires entre elles. S'agissant de la période litigieuse, comprise jusqu'au 9 février 2007 (date de la décision attaquée), l'expertise de la CRR de même que celle, de 2009, établie par le Dr V. \_\_\_\_\_, permettent de conclure à l'absence de troubles psychiques sur la capacité de travail de l'assuré, abstraction faite du trouble de dépendance alcoolique, qui a certes des conséquences sur la capacité de travail mais dont il n'y a pas lieu de tenir compte, pour les raisons déjà exposées. On s'écartera des avis contraires des médecins traitants, qui se basent sur des motivations moins fouillées et détaillées que celle de l'expert précité, ce d'autant plus que leurs avis doivent être appréciés avec les réserves d'usage. b) En ce qui concerne la problématique somatique, les experts de la CRR (rapport du 29 août 2011) ont posé les diagnostics de cirrhose éthylique compensée, de rachialgies non spécifiques, de gonarthrose fémoro-tibiale interne droite débutante et de déficit cognitif persistant lié à l'utilisation d'alcool. Ils ont procédé à un examen physique, à des examens de laboratoire, à des radiographies et à un examen neuropsychologique. Dans leur appréciation du cas, ils ont relevé, concernant l'atteinte ostéo-articulaire, qu'on ne pouvait exiger de l'assuré d'exercer la profession de soudeur ou toute autre profession nécessitant le soulèvement répété de charges supérieures à 10 kg, les positions accroupies ou en porte-à-faux du rachis, et ce depuis le premier novembre 2003, date de l'interruption définitive du travail. En revanche, dans toute activité respectant ces limitations, ils ont retenu une capacité de travail complète jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2008, date de la décompensation hépatique, et se sont référés à des activités de contrôle ou administrative, dans la vente par exemple, ou d'ouvrier à un établi. Dès cette dernière date, les répercussions sur la capacité de travail de l'atteinte hépatique (sarcopénie, état de fatigue) et de la détérioration cognitive (lenteur, baisse consécutive du rendement, troubles mnésiques et exécutifs) doivent être prises en compte de façon globale, conjointement avec l'atteinte psychiatrique. Il y a lieu d'ajouter que l'analyse des médecins traitants ayant examiné l'assuré – soit les Drs R. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, de par les examens effectués – ne permet pas de contredire, sur le plan somatique, les conclusions de l'expertise de la CRR. c) En définitive, compte tenu de la composante tant psychique que somatique, les experts de la CRR ont retenu que l'incapacité de travail intervenait à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2008 dans une activité adaptée à l'atteinte ostéo-articulaire, entraînant une incapacité de travail de 50%. L'incidence de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré sur sa capacité de travail déploie ses effets après la date de la décision attaquée (qui a été rendue le 9 février 2007), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans la présente procédure de recours. Il s'ensuit que le recourant présente, pour la période litigieuse, une pleine capacité de travail. Dès lors, en l'absence de degré d'invalidité, le droit à la rente doit être nié, ce qui conduit au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. 4. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, mais provisoirement (art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). 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 contribution mensuelle depuis le début de la procédure. b) Le recourant a par la suite obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré, à compter du 10 décembre 2010 et jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu dans le présent arrêt de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Me Carré a produit la liste de ses opérations et débours, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée selon les heures attribuées à l'avocat à 5.66 heures. L'indemnité de Me Carré s'élève donc à 1'018 fr. 80 (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]), montant auquel s'ajoute les frais et débours par 170 fr. et la TVA par 95 fr. 10. Le montant total de l'indemnité s'élève donc à 1'283 fr. 90, TVA incluse. c) Les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et mis provisoirement, comme vu plus haut, à la charge du canton. Vu l'issue du litige, le recourant succombe et il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 9 février 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat. IV. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil du recourant, est arrêtée à 1'283 fr. 90. (mille deux cent huitante-trois francs et nonante centimes). V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. VI. 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 : ■ Olivier Carré, avocat à Lausanne (pour U.\_\_\_\_\_) ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales par l'envoi de photocopies. L'arrêt qui précède est également communiqué, 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.