

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 123 vom 19. März 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-03-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__123

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 123 du 19 mars 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 123 del 19 marzo 2015

Regeste

FACTEUR ÉTRANGER À L'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, DÉCISION DE RENVOI, FORCE PROBANTE, EXPERTISE MÉDICALE | 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 19

mars 2015 _____ Composition : M. Merz , président Mmes Di Ferro Demierre et Pasche, juges Greffière : Mme Parel ***** Cause pendante entre : W. _____ , à [...] [...], recourant, représenté par Me Sandra Genier Muller, avocate à Montreux, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7 et 8 LPGA E n f a i t : A. W. _____, ressortissant français né en 1975 (ci-après : l'assuré ou le recourant), est au bénéfice d'un bac professionnel français d'études hôtelières. Depuis son arrivée en Suisse en 2008, il a travaillé en qualité de serveur puis de responsable dans le domaine de la restauration à un taux d'activité de 100 %. Son dernier employeur était l'A. _____ à P. _____. Dans le courant de l'année 2012, l'assuré s'est séparé de son épouse qui s'est vu octroyer le droit de garde sur leur enfant né en 2009. Le 28 juin 2013, l'assuré a signé un formulaire de détection précoce de l'assurance-invalidité (AI) en faisant valoir une incapacité de travail totale depuis le 4 février 2013. Dans la rubrique "problèmes de santé", il faisait état de dépression et d'alcoolisme. Etait joint l'avis de sortie de l'Hôpital de N. _____ du 6 février 2013 (sic), qui attestait que l'assuré avait séjourné dans la division des soins intensifs du 4 au 7 février 2013 puis dans le service de médecine jusqu'au 26 février 2013, date de son transfert à la Fondation U. _____. L'admission avait été motivée par des vomissements et des tremblements. Le diagnostic principal était celui de sevrage alcoolique et les diagnostics secondaires : une hépatopathie alcoolique, une volumineuse hernie hiatale, une suspicion de petite varice oesophagienne, une stéatose hépatique (CT abdominal en décembre 2012), une hypomagnésémie, un trouble dépressif et un éthylisme chronique. Un certificat médical établi le 13 février 2013 par le Dr X. _____, médecin praticien traitant de l'assuré, indique ce qui suit : "Le médecin soussigné atteste que Monsieur W. _____ (...) m'a consulté à plusieurs reprises à partir du quinze octobre 2012 pour un syndrome dépressif majeur avec retentissement professionnel grave. Le patient, qui m'a dit être le père d'un petit garçon de trois ans, m'avait alors parlé de difficultés conjugales et même d'un projet de divorce. Dans un premier temps, l'état psychologique de Monsieur W. _____ s'est très temporairement amélioré, ce qui lui a permis de reprendre son activité professionnelle. Mais les signes dépressifs n'ont cessé de croître malgré un traitement médicamenteux adapté. Le

E. 24

janvier 2013, Monsieur W. _____ a appris l'hospitalisation de son épouse en soins intensifs, avec un pronostic vital engagé : l'état psychologique du patient s'est alors brutalement péjoré, aboutissant à une hospitalisation du patient dès le 4 février 2013. Depuis le 28 janvier 2013 à tout le moins, Monsieur W. _____ est en incapacité de travail à 100%. Son état de santé nécessite une prise en charge en clinique spécialisée pour une durée indéterminée." Dans un rapport rédigé le 28 février 2013 à l'attention du Dr X. _____ et signé des Drs Z. _____ et G. _____, respectivement chef de clinique et médecin assistant auprès du Service d'alcoologie du Centre hospitalier Y. _____ (ci-après : Y. _____), de l'intervenante sociale spécialisée en alcoologie Q. _____ et du directeur F. _____, le dispositif vaudois d'indication et de suivi alcoologique O. _____ a fait état de ce qui suit : "Nous avons vu le patient surnommé en bilan d'indication au traitement alcoologique dans le cadre du dispositif O. _____ le 21 février 2013 à la FVA de P. _____. Il était hospitalisé au [...].

RAPPEL ANAMNESTIQUE
Monsieur W. _____ est un patient de 38 ans, d'origine française, marié depuis 2008 et séparé depuis décembre 2012. Sa femme est originaire du Maroc. De cette union est né un garçon de 3 ans. Le patient a également un fils de 12 ans avec son ex-copine. Il est l'aîné d'une fratrie de trois enfants. Ses parents ont divorcé; sa mère est d'origine autrichienne; son père vit en France avec son frère de 32 ans qui souffre d'un retard mental; il n'a plus de contact depuis une dizaine d'années avec sa sœur de 37 ans. Après l'école obligatoire, il a effectué une école hôtelière durant quatre ans et a réussi un brevet et un bac professionnel en 1993, ainsi que deux diplômes du groupe [...], ce qui lui a permis de travailler dans de multiples pays comme chef de rang, en France pendant un an et demi, dans le groupe [...] pendant dix ans puis deux ans et demi au Luxembourg dans un restaurant gastronomique italien. Il est arrivé en Suisse en 2008 et a travaillé à l'A. _____ d'où il a été licencié le 30 janvier 2013 en raison de sa consommation d'alcool.

ANAMNESE ALCOOLOGIQUE :
Monsieur W. _____ débute une consommation d'alcool à 16 ans, dans un but festif, avec des amis, surtout le week-end. Sa consommation devient problématique depuis 2010, dans le contexte d'un conflit de couple, à raison de deux bouteilles de vin et deux litres de bière par jour et altérant son fonctionnement social avec une tendance à la tristesse, à l'irritabilité et à l'isolement. Il a bénéficié dans ce cadre de deux hospitalisations au [...], la première en janvier 2013 et la seconde le 4 février dernier suite à un delirium tremens. Il est suivi à l' [...] de P. _____ depuis une semaine. Il décrit des dettes pour un montant d'environ vingt-cinq mille francs. Il n'a jamais eu de problème judiciaire ou de retrait de permis en lien avec l'alcool. Sans domicile fixe depuis sa séparation, son épouse ayant gardé l'appartement avec leur enfant, il est en attente d'un projet en étant hospitalisé au [...].

ANAMNESE MEDICALE : · Hépatite alcoolique depuis octobre 2012 · Gastrite

TRAITEMENT ACTUEL : · Cipralex 10mg/jour depuis octobre 2012 · Pantozol 40mg/jour · Zolpidem 10mg/jour · Seresta 3x15 mg/jour

BILAN DE L'INTERVENTION Nous relevons un diagnostic de dépendance à l'alcool caractérisé par 7 critères sur 7 selon le DSM-IV ainsi qu'un facteur de risque pour un sevrage compliqué (delirium tremens, consommation d'alcool supérieure à trente unités par 24 heures). Monsieur W. _____ se présente ponctuellement à l'entretien, en tenue vestimentaire correcte, conscient, calme, collaborant et orienté dans les quatre modes. Le discours est lucide et cohérent sans fuite des idées ni trouble formel de la pensée. On ne relève pas de crainte ni d'obsession, pas de symptôme psychotique floride. L'humeur est neutre, la psychomotricité est normale, le sommeil et l'appétit sont perturbés. Le comportement reste adéquat, sans auto ou hétéro-agressivité. Le patient est distant de toute idée noire ou suicidaire. Le patient est très

motivé à entreprendre une postcure afin de maîtriser sa consommation d'alcool. Il reconnaît avoir un problème qui le rend triste et sensible émotionnellement. Il vise l'abstinence sur le plus long terme possible, principalement en raison de son état de santé physique et pour pouvoir remplir correctement son rôle de père. Il vise également une réinsertion socioprofessionnelle à travers ce séjour. Dans ce contexte nous validons une postcure de trois mois à l'U._____. Nous viendrons réévaluer la situation du patient à l'issue de cette période. Le patient a bénéficié d'un sevrage d'alcool lors de son séjour au [...] et pourra ainsi intégrer directement la fondation l'U._____." Dans une lettre du 20 mars 2013 adressée au Dr X._____ par le Dr H._____, chef de clinique adjoint auprès de l'Hôpital de N._____, ce dernier retenait les mêmes diagnostics que ceux indiqués dans l'avis de sortie du 6 février 2013. Il précisait en outre notamment ce qui suit : "Anamnèse actuelle Patient de 37 ans, connu pour un trouble de l'humeur et un éthylysme chronique, hospitalisé en décembre pour une gastroentérite avec une première tentative de sevrage infructueuse. Il a fermement décidé de débiter une nouvelle fois un sevrage. Depuis quelques jours, son appétit est diminué et il se sent très asthénique. Il présente des épigastralgies ainsi que du méléna depuis environ une semaine (objectif)." Dans un rapport du 9 avril 2013 à l'attention de l'assureur perte de gain, le Dr X._____ indiquait comme cause de l'incapacité de travail un syndrome dépressif grave avec tentamen médicamenteux; les premiers symptômes étaient apparus le 13 octobre 2012 dans le contexte d'un divorce conflictuel à l'origine des troubles. Après avoir précisé que son patient avait été hospitalisé du 7 février au 26 février 2013 puis pris en charge à l'U._____ pour traitement du syndrome dépressif avec alcoolisme secondaire, il constatait une nette amélioration thymique, un sevrage total d'alcool et une reprise de projets professionnels et personnels; il relevait toutefois la nécessité d'un séjour prolongé à l'U._____ jusqu'au 3^{ème} trimestre 2013. Son pronostic était une guérison totale avec un risque de rechute à moyen terme nécessitant un suivi ambulatoire rapproché à partir du 4^{ème} trimestre 2013. Il recommandait la poursuite du traitement médicamenteux actuel et un suivi psychothérapeutique. Selon ce médecin, l'incapacité totale de travail de l'assuré devait se prolonger en tout cas jusqu'au 30 septembre 2013, la reprise d'une activité professionnelle étant toutefois incertaine. Dans un rapport du 3 juillet 2013 toujours à l'attention de l'assureur perte de gain, le Dr X._____ précisait qu'à la suite du tentamen d'octobre 2012, son patient poursuivait une lente réhabilitation grâce au séjour prolongé à l'U._____, qu'il était en sevrage total depuis 8 mois et que le status hépatique était en nette amélioration. Il relevait la bonne motivation de l'assuré, qui semblait aller dans le sens d'une réinsertion socio-professionnelle constructive, sous guidage psychothérapeutique. Une reprise d'activité professionnelle hors du milieu de la restauration – formellement contre-indiqué en raison du risque majeur de rechute – était envisageable à 50 % dès le 1^{er} octobre 2013. A long terme, le pronostic était bon. Il ressort du rapport initial du 16 juillet 2013 "DP" (réd. : détection précoce) faisant suite à un entretien que l'assuré a eu le 11 juillet 2013 avec un collaborateur de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) que l'intéressé désirait, dans le cadre de sa réadaptation professionnelle, suivre une formation d'assistant en gestion du personnel, voire de spécialiste en ressources humaines. A la rubrique "descriptif de la situation /situation de santé", il est indiqué ce qui suit : " Atteinte à la santé : dépression / alcoolisme Détail de l'IT et antécédents : suite à des difficultés de couple, l'assuré est tombé dans une dépression importante. Avant sa dépression, l'assuré buvait énormément mais uniquement dans le cadre de son travail ou lors de soirée avec des amis. Au début de sa dépression, il a commencé à

augmenter sa consommation et ceci d'une manière très importante. Il buvait chaque jour. Cela lui permettait de se sentir bien et de lutter contre ses angoisses. A ce moment-là, l'assuré n'avait pas de diagnostic posé sur sa problématique de dépendance. Ne prend aucune autre substance. En octobre 2012 à la séparation avec son épouse, il est parti du lieu de domicile. Il a été hébergé jusqu'en janvier 2013 sur son lieu de travail. Toutefois, la dépression et la consommation étaient tellement importantes qu'il n'a plus pu continuer son travail. L'assuré buvait seul chez lui, il sortait uniquement pour acheter des boissons alcoolisées. A cette époque l'assuré ne sortait plus, buvait pour calmer ses angoisses et sa dépression. Il a demandé de l'aide à son médecin, qui a pu poser le diagnostic de dépression et de dépendance à l'alcool. A l'issue de cet entretien, l'assuré a été invité à déposer une demande de prestations AI, ce qu'il a fait le jour même en faisant état, comme atteintes à la santé, de "dépression + alcool depuis octobre 2012". Par lettre du 26 juillet 2013, la psychologue et conseillère en orientation de V. _____ a écrit à l'OAI en ces termes : "Suite à son annonce chez V. _____ pour une mesure de bilan par Mme [...] de l'U. _____, M. W. _____ est venu comme prévu pour un premier entretien ce matin. C'est lui-même qu nous a donné vos coordonnées comme personne référente pour son dossier à l'AI. Dès lors, vous trouverez ci-joint une copie de notre contrat d'objectifs pour la mesure de bilan proposée. Nous comptons 6-8 entretiens du 26 juillet 2013 au 30 septembre 2013. Selon convention, il s'agit d'une mesure forfaitaire à 3000.- Je vous remercie de bien vouloir nous faire parvenir la décision concernant l'octroi de cette mesure." Dans un rapport du 27 juillet 2013 à l'OAI, le Dr X. _____ indiquait comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail : syndrome dépressif gravissime avec alcoolisme secondaire. Il exposait suivre l'assuré depuis le 15 octobre 2012 et précisait que ce dernier était suivi par plusieurs spécialistes en psychiatrie depuis le 8 février 2013. A la rubrique "anamnèse", il indiquait : "Alcoolisme depuis 2010, très sévère avec rupture de varices oeso (réd. : oesophagiennes), hépatopathie alcoolique, décompensation en DT (réd. : delirium tremens)... Décompensation dépressive sur terrain dépressif ancien, tentamen (réd. : tentative de suicide) le 4.02.2013. Très important risque de rechute : tout contact avec l'alcool doit être proscrit, surtout dans le cadre professionnel." A titre de recommandations pour la future thérapie, le médecin traitant proposait un suivi psychiatrique à très long terme, ainsi qu'un suivi médicamenteux par "BZD" (réd. : benzodiazépines) sur plusieurs mois avec un sevrage très prudent. L'incapacité de travail en qualité de chef de rang était totale depuis le 4 février 2013. Il précisait que l'activité exercée habituellement n'était plus exigible en raison de l'état éthylique dès le matin les derniers mois de l'activité professionnelle. Un reclassement professionnel était donc indispensable, une capacité de travail de 100 % étant envisageable dans une activité adaptée à une date dépendant du reclassement. Comme limitation fonctionnelle, il confirmait la nécessité d'éviter tout contact avec l'alcool, donc toute activité professionnelle dans le milieu de l'hôtellerie et de la restauration. Le Dr X. _____ a joint à son rapport la lettre du Dr H. _____ du 20 mars 2013, le rapport O. _____ du 28 février 2013 et le rapport qu'il avait établi lui-même le 3 juillet 2013 à l'attention de l'assureur perte de gain, déjà mentionnés ci-dessus. Le 6 août 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui accordait un bilan individuel chez V. _____ du 26 juillet 2013 au 30 septembre 2013. Par avis médical du 8 octobre 2013, le Dr K. _____, du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a notamment retenu ce qui suit : "On apprend (RM 01, 12 et 16.07.2013) que l'assuré a été hospitalisé du 04 au 26.02.2013 pour un sevrage alcoolique; il souffre d'une hépatopathie alcoolique, d'une volumineuse hernie hiatale et d'un trouble dépressif. A la suite de cette hospitalisation, un séjour prolongé à

l'U._____ a permis de maintenir l'abstinence. Pour le MT Dr X._____ (RM du 03.07.2013 pour l'APG GED dossier méd tiers 16.07.2013), la reprise d'une activité dans le milieu de la restauration est contre-indiquée. Dans son rapport pour l'AI du 27.07.2013, le Dr X._____ reprend les mêmes éléments, et atteste que dans une activité sans contact avec l'alcool, l'assuré a une CT de 100%. Le rapport de consilium d'alcoologie O._____ du 28.02.2013 décrit clairement un alcoolisme primaire qui a débuté à 16 ans dans un cadre festif, et poursuivi dans le cadre professionnel. L'alcoolisme primaire n'est pas une atteinte à la santé incapacitante au sens de l'AI : les autres diagnostics mentionnés n'ont pas d'effet sur la CT, comme le mentionne du reste le MT Dr X._____, qui atteste une pleine CT dans une activité sans contact avec l'alcool. Il n'y a donc chez cet assuré pas de droit à des prestations de l'AI, hormis ce qui peut être fait dans le cadre de l'intervention précoce." Le procès-verbal d'entretien du 23 octobre 2013 indique en substance que l'assuré a été informé de la différence entre alcoolisme primaire et secondaire et du fait que, dès lors qu'il souffrait d'alcoolisme primaire, l'OAI ne pouvait pas entrer en matière pour une formation et des mesures professionnelles en général. L'assuré s'en est étonné, soulignant que le rapport médical du Dr X._____ à l'APG précisait qu'il présentait un alcoolisme secondaire. Il s'est dit déçu que le projet mis sur pied avec V._____ ne puisse se réaliser mais s'est déclaré preneur d'un cours commercial de 3 mois qui pouvait être pris en charge dans le cadre de la détection précoce. Par courrier du 31 octobre 2013 de Me Sandra Genier Muller, avocate à Montreux, l'assuré a contesté l'avis SMR du 8 octobre 2013 qui retenait un alcoolisme primaire. Il a fait valoir que le rapport O._____ ne faisait en aucun cas état d'un alcoolisme primaire, relevant qu'à la question de savoir à quel moment il avait bu de l'alcool pour la première fois, il avait simplement répondu : "à une fête, à 16 ans". Il a requis de l'OAI qu'il reconsidère sa position et confirme qu'il accepte de prendre à sa charge la formation en comptabilité auprès de l'Ecole [...], qu'il devait débiter le 7 novembre 2013 ainsi que, dans un deuxième temps, une formation en ressources humaines auprès du même établissement. A ce courrier était joint un certificat établi le 30 octobre 2013 par le Dr X._____ "à qui de droit", dont il ressort notamment ce qui suit : "Je soussigné, certifie suivre le patient précité depuis le 15 octobre 2012. Le suivi médical a été justifié dès le départ par un syndrome dépressif réactionnel, dans un contexte conflictuel de divorce avec la présence d'un enfant en bas âge. A l'époque, le patient était serveur dans un hôtel-restaurant (...) et était responsable de la préparation des petits déjeuners. Quand je l'ai connu, il était déjà en instance de divorce, et venait de recevoir une injonction du tribunal (...) par laquelle il apprenait qu'on lui retirait le droit de garde pour son fils de trois ans. Il s'était alors senti brutalement abandonné, angoissé, et présentait d'importants troubles d'endormissement, avec des réveils nocturnes et seulement trois à quatre heures de sommeil par nuit. Il a fallu alors démarrer immédiatement un traitement antidépresseur et anxiolytique, associé à des somnifères. Monsieur W._____ n'a alors pas voulu arrêter son activité professionnelle, sur laquelle il comptait pour penser un peu moins à ses problèmes familiaux. De plus, son travail lui plaisait et il trouvait une grande satisfaction dans la méticulosité qu'il y apportait. Ce support n'était pas suffisant, et le patient avait malheureusement pris l'habitude depuis plusieurs mois de consommer quotidiennement de l'alcool en quantités croissantes le soir, parce qu'il ressentait une détente qui rendait son état dépressif moins lourd à porter. Cet alcoolisme est secondaire au syndrome dépressif, et n'est donc pas intrinsèque à la personnalité du patient : le sevrage total qu'il a réussi depuis en est la preuve. Malheureusement, malgré toute sa bonne volonté, il n'a pas réussi à surmonter autant d'obstacles, et a tenté de mettre fin à ses jours le 4 février en prenant une grande

quantité d'anxiolytiques, de somnifères et d'alcool. Après avoir passé quatre jours aux soins intensifs, puis deux semaines en service de médecine à (...), le patient a été transféré à l'U. _____ (...), où il a démarré un suivi psychologique et un programme de réinsertion sociale. Depuis lors, le patient est toujours hébergé et suivi à l'U. _____, où il a accompli des progrès considérables. Outre le sevrage alcoolique complet depuis le mois de février, sans aucune rechute aussi faible soit-elle, il a complètement repris en main son avenir personnel, que ce soit sur le plan médical ou socioprofessionnel (...). Sur le plan médical, le traitement antidépresseur, anxiolytique et les somnifères sont toujours nécessaires, mais à doses bien moindres. Concernant le projet de réinsertion professionnelle, un énorme travail a été accompli avec l'aide de l'assistante sociale et de la référente, le tout sous l'égide de l'AI, (...). Or, j'ai revu ce jour le patient dans un état d'anxiété que je n'avais plus connu de lui depuis des mois, avec réapparition des troubles de l'endormissement, des réveils nocturnes, de la sensation d'abandon. Il m'a alors expliqué avoir reçu une mauvaise nouvelle hier 29 octobre : l'AI se serait alors rétracté et ne prendrait plus en charge (réd. : qu'une formation de trois mois pour que le patient puisse acquérir des bases de comptabilité. Et encore, à la condition qu'il trouve un stage très rapidement. Je trouve dommage qu'après tant d'efforts, d'évolutions, et même de transformations, ce patient si méritant ne soit pas aidé davantage à reprendre les rênes de sa vie, et qu'on ne lui propose qu'un embryon de formation qui ne mènera à aucun diplôme validant et ne lui permettra d'envisager aucune reprise d'activité professionnelle concrète. Il existe même une quasi certitude que, dans ce cadre, Monsieur W. _____ soit obligé de reprendre une activité professionnelle dans son ancienne branche, la restauration ou l'hôtellerie, malgré une contre-indication absolue en raison du rythme de travail et surtout de l'accès trop facile à l'alcool, cette tentation étant un piège redoutable pour n'importe quelle personne dans sa situation médicale. Il me semble donc que s'arrêter en si bon chemin, à deux doigts d'un succès de réinsertion comme il en existe peu, soit une erreur et que l'on doive reconsidérer cette position. Certainement l'avis de l'assistante sociale, de la référente, ainsi que de l'alcoolologue qui suivent régulièrement le patient serait intéressant, et je ne doute pas qu'ils soient du même avis que moi. (...)" Dans un avis SMR du 6 novembre 2013, le Dr K. _____ a confirmé sa position en ces termes : "L'assuré et son conseil ont pris connaissance de l'avis SMR (...) et le contestent; ils estiment qu'il s'agirait chez l'assuré d'un alcoolisme secondaire à la dépression, et pas l'inverse. Or comme déjà mentionné, ce n'est pas du tout ce qui ressort du rapport O. _____ du 28.02.2013, qui décrit très clairement une dépendance à l'alcool ayant débuté à l'adolescence dans un cadre festif, puis professionnel, et devenue problématique dès 2010, en altérant le fonctionnement social et professionnel. Le licenciement de janvier 2013 était du reste en lien avec l'alcoolisme. On relèvera de plus que pour développer une hépatopathie alcoolique comme celle que présente l'assuré, la consommation doit être importante et durable. Le fait que les symptômes dépressifs soient secondaires à l'alcoolisation est démontré par l'amélioration de l'état thymique avec le sevrage. On peut comprendre que l'assuré soit déçu que ses efforts pour se sevrer d'alcool ne soient pas récompensés par l'octroi d'une formation dans un domaine autre que la restauration mais pour que des MOP (réd. : mesures d'ordre professionnel) soient prises en charge par l'AI, il faut qu'il y ait une atteinte à la santé durablement incapacitante, et que l'activité habituelle ne soit plus adaptée en raison de cette atteinte. Or l'alcoolisme primaire n'est pas une atteinte à la santé durablement incapacitante au sens de l'AI." Par communication du 18 novembre 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais d'un cours de comptabilité "débutant" auprès de l'Ecole [...] à [...] du 7 novembre 2013 au 31 janvier

2014. Par projet de décision du 7 janvier 2014, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations AI. Il motivait sa décision par le fait qu'une dépendance à des substances toxiques ne constitue une invalidité que si elle entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale nuisant à la capacité de gain ou si elle résulte d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie invalidante, ce qui n'était pas le cas de l'assuré dont l'incapacité de gain était due avant tout à sa toxico-dépendance. Le 6 février 2014, le conseil de l'assuré a requis de l'OAI une prolongation du délai pour faire ses observations au projet de décision du 7 janvier 2014. Le 12 mars 2014, le Dr X._____ s'est adressé au "médecin conseil" de l'OAI notamment en ces termes : "Je fais suite à une conversation téléphonique de ce jour avec Madame [...], (...), et vous remercie de bien vouloir me contacter pour discuter du cas de Monsieur W._____. J'ai repris ci-après à votre attention un résumé sommaire de l'évolution du patient. Les problèmes conjugaux de Monsieur W._____ commencent en 2010, et sont liés à une situation de conflit conjugal qui ira grandissant jusqu'en décembre 2012. C'est en 2010 que le patient a commencé sa consommation d'alcool, pour s'isoler de la tension psychologique au sein de son couple. Les quantités d'alcool iront crescendo, parallèlement à la dramatisation de ce conflit de couple. A partir de mi-octobre 2012, suite au retrait de la garde de son fils prononcé par le tribunal (...), Monsieur W._____ a alors sombré dans un syndrome dépressif gravissime qui conduira à un tentamen médicamenteux et alcoolique (...). Au vu du rapport établi par le dispositif O._____ le 28 février 2013, vous avez requalifié le diagnostic d'alcoolisme secondaire en alcoolisme primaire. Je comprends cette décision à la relecture du rapport d'O._____ : en effet, il y est précisé que "Monsieur W._____ a débuté une consommation d'alcool à l'âge de 16 ans, dans un but festif, avec des amis, surtout le week-end". Je connais le patient depuis le 15 octobre 2012, c'est-à-dire juste après que le tribunal lui a retiré la garde de son fils. Nous avons discuté à de multiples reprises de ce problème d'alcool. Monsieur W._____ n'a jamais été alcoolique avant 2010 : lors du consilium avec le dispositif O._____, il a simplement signalé avoir commencé à boire de l'alcool à l'âge de 16 ans , mais comme le font pratiquement tous les jeunes, sans aucune régularité ni dépendance. Je suis intimement convaincu que la rédaction de ce rapport, par maladresse ou manque de précision, vous a induit en erreur. Au risque de me répéter, c'est en 2010, secondairement à ses problèmes de couple , que Monsieur W._____ a vraiment commencé à boire quotidiennement. (...) Je trouve qu'il serait dommage qu'une mauvaise tournure de style dans un rapport vienne interrompre un cursus de reconversion professionnelle qui a été jusqu'à présent couronné de succès, (...)." Dans un avis SMR du 26 mars 2013 contresigné par le Dr M._____, le Dr K._____ a confirmé la position exprimée dans les avis SMR des 8 octobre et 6 novembre 2013 précédents. Réfutant les explications données par le Dr X._____ dans son courrier du 12 mars 2013 selon lesquelles l'alcoolisme de l'assuré se serait gravement péjoré en 2010 suite à ses problèmes de couple, ce qui en ferait un alcoolisme secondaire, il relevait que cela ne saurait être le cas puisque la consommation d'alcool a débuté à l'adolescence, s'est poursuivie et a augmenté dans le cadre professionnel, sans aucune notion de pathologie psychiatrique sous-jacente. Selon lui, le fait que les symptômes dépressifs signalés en février 2013 aient rapidement disparu avec le sevrage d'alcool confirmait la nature secondaire de la dépression et primaire de l'alcoolisme. Par décision du 15 avril 2014, l'OAI a confirmé le projet de décision niant le droit de l'assuré à des prestations AI pour les motifs exposés dans ce dernier. B. Par acte de son conseil du 27 mai 2014, W._____ a formé recours contre la décision du 15 avril 2014 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Principalement, il conclut à sa

réforme en ce sens qu'il a droit à des mesures d'ordre professionnel tendant à la prise en charge par l'assurance-invalidité des frais de formation liés à sa reconversion professionnelle au sein de l'Ecole [...] à P._____ (14'700 fr. la première année plus 14'400 fr. la seconde année). Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision et au renvoi de cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a requis l'assistance judiciaire. Le recourant fait valoir en substance, en se référant à la doctrine et plus particulièrement à la jurisprudence en matière d'interaction entre alcoolisme et comorbidités psychiatriques (cf. TF 9C_359/2007 du 15 avril 2008), que l'anamnèse décrite par le Dr X._____ dans ses différents rapports médicaux montre clairement que c'est à la suite de sa profonde dépression qu'il a commencé à boire, donc que l'alcoolisme qu'il présente est secondaire et non primaire et doit en conséquence être considéré comme invalidant au sens de l'AI. L'ensemble des conditions donnant droit aux prestations de l'AI étant ainsi remplies, il requiert d'être mis au bénéfice de mesures d'ordre professionnel tendant à la prise en charge d'une formation complète en ressources humaines auprès de l'Ecole [...] à P._____. Par réponse du 19 juin 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il rappelle que, de 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 et qu'elle ne joue un rôle dans le cadre de l'AI que 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. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c et réf.; TF 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2). L'OAI relève que, si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne peut être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. Il souligne le fait que l'ensemble des documents médicaux a fait l'objet d'une étude du SMR, que ce dernier s'est déterminé à leur sujet à trois reprises en arrivant à la conclusion qu'il ressort de leur examen que la dépendance à l'alcool a débuté à l'adolescence dans un cadre festif, qu'elle s'est prolongée par la suite dans le cadre professionnel et qu'elle était devenue problématique en 2010, sans qu'il y ait de pathologie psychiatrique sous-jacente. L'absence de pathologie psychiatrique est confirmée selon lui par la disparition des symptômes dépressifs signalés avec le sevrage et le fait que le médecin traitant atteste une pleine capacité de travail dans une activité évitant tout contact avec l'alcool. Dans sa réplique, déposée dans le délai prolongé à la demande de son conseil au 18 août 2014, le recourant soutient pour l'essentiel que sa dépendance à l'alcool constitue le facteur qui a précipité le cours de la maladie anxio-dépressive (conduite suicidaire directe par surcharge médicamenteuse le 4 février 2013 avec coma et séjour de 4 jours aux soins intensifs) et qu'elle doit par conséquent être considérée comme une maladie psychiatrique au sens de la LAI. Pour le surplus, il fait valoir que son statut psychique n'est aujourd'hui pas encore totalement normalisé, puisqu'il présente encore une anxiété et des troubles du sommeil. Le recourant a confirmé ses conclusions. Le 19 août 2014, l'OAI a transmis à la Cour de céans une copie du courrier que le Dr X._____ lui avait adressé le 28 juillet précédent qui reprend, en la développant, l'argumentation du recourant dans sa réplique. L'intimé relève que ce document ne remet aucunement en cause son point de vue et estime que le médecin traitant ne parvient pas à prendre position sur la nature de l'alcoolisme de son patient (primaire/secondaire). Au surplus, se déterminant sur l'allégation de rechute de l'anxiété et des troubles du sommeil suite à l'annonce faite par l'AI du refus de prise en charge des mesures professionnelles, il rappelle que le Tribunal fédéral estime que les troubles en

réaction à une décision négative de l'AI peuvent être traités médicalement de manière adéquate, de sorte qu'il ne peut en découler de handicap psychique invalidant car, dans le cas contraire, la notion juridique de l'invalidité n'aurait plus aucun sens (cf. TF 9C_799/2012 du 16 mai 2013 consid. 2.5). En conséquence, il a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. Le 5 septembre 2014, l'OAI s'est déterminé sur la réplique du recourant, en relevant que celle-ci reprenait les éléments mis en évidence par le Dr X._____ dans sa lettre du

E. 28

juillet 2014, qu'il avait déjà pris position sur le contenu de celle-ci et qu'il n'avait rien à ajouter. Le 30 septembre 2014, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas d'autres déterminations à déposer sur les écritures de l'intimé des 19 août et 30 septembre 2014. Il a confirmé ses conclusions en se référant aux motifs exposés dans le recours et la réplique. **E n d r o i t :** 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a et 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss 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, compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA), le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA). 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 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 p. 417; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le recours porte sur le point de savoir si les troubles à la santé présentés par le recourant relèvent ou non de l'assurance-invalidité, partant s'il a droit à la prise en charge par cette assurance des mesures professionnelles requises. 3. a) Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. 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). 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. b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence). En outre, 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 consid. 3c p. 268). 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 (sur l'ensemble de la question, cf. TFA I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités; voir également TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2). 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_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.3; 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3 et les références; Thonney/Gammeter, Alcool : problèmes psychiatriques courants. «La boîte à outils du praticien», Revue médicale de la Suisse romande, 2004; 124 : p. 415 ss; Roland Gammeter, Comorbidités psychiatriques

associées à la dépendance à l'alcool, Forum Med Suisse, 2002; 23 : p. 562 ss; Shivani/Goldsmith/Anthenelli, Alcoholism and psychiatric disorder : diagnostic challenges, Alcohol Research & Health, 2002; 26(2) : p. 90 ss; Christine Davidson, Identification et traitement des comorbidités psychiatriques associées à l'alcoolodépendance, Praxis 1999; 88 : p. 1720). 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 (TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4; 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4 et les références).

4. a) L'art. 7d LAI règle le régime juridique applicable aux mesures d'intervention précoce. Son alinéa premier dispose que ces mesures ont pour but de maintenir à leur poste les assurés en incapacité de travail (art. 6 LPGA) ou de permettre leur réadaptation à un nouveau poste au sein de la même entreprise ou ailleurs. Selon l'art. 7d al. 2 LAI, les offices AI peuvent ordonner une adaptation du poste de travail (let. a), un cours de formation (let. b), un placement (let. c), une orientation professionnelle (let. d), une réadaptation socioprofessionnelle (let. e), ou des mesures d'occupation (let. f). Selon l'art. 1 septies RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), la phase d'intervention précoce s'achève par la décision relative à la mise en œuvre des mesures de réadaptation prévues par l'art. 8 al. 3 let. a bis et b LAI (let.a), la communication du fait qu'aucune mesure de réadaptation ne peut être mise en œuvre avec succès et que le droit à la rente sera examiné (let. b), ou la décision selon laquelle l'assuré n'a droit ni à des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8 al. 3 let. a bis et b LAI, ni à une rente (let. c). b) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, 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. c) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. d) En l'espèce, le recourant a eu droit à des mesures d'intervention précoce au sens de l'art. 7d LAI, avant que ne soit rendue la décision dont est recours, laquelle nie son droit à d'autres prestations AI, faute d'invalidité.

5. a) La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données

fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et notamment pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; TF I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2). b) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. c) Le juge des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.). La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi

requis, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; 123 V 175 consid. 3d; 125 V 351 consid. 3b ee; cf. aussi TFA I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et TF 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). 6. a) En l'espèce, l'intimé, respectivement le SMR, s'est fondé principalement sur le rapport établi par le dispositif O._____ le 28 février 2013 pour nier l'invalidité du recourant au sens de la loi. Sur cette base, il a considéré que la dépendance alcoolique dont l'assuré souffre est primaire et ne ressortit dès lors pas à l'AI La Cour de céans constate que l'OAI, respectivement le SMR déduit du rapport O._____ que l'alcoolisme du recourant, dès lors qu'il aurait débuté à l'adolescence dans un cadre festif pour se poursuivre dans le cadre professionnel, est primaire, alors que le rapport O._____ se contente d'observer que le recourant a commencé à boire de l'alcool à l'âge de 16 ans dans le cadre de fêtes. Le fait que le recourant ait commencé à consommer des boissons alcooliques durant l'adolescence n'implique pas de facto qu'il présentait dès cette époque une dépendance alcoolique, ce qui suffirait, selon ce que semble exposer le SMR, pour considérer que celle-ci est primaire. D'ailleurs, cette déduction hypothétique est contredite par le rapport O._____ lui-même, qui retient que l'alcool a commencé à devenir problématique en 2010, dans le cadre d'un conflit de couple. C'est également ce qu'indique le Dr X._____ dans son anamnèse. A cela s'ajoute le fait que, selon les explications fournies par le médecin traitant du recourant, notamment dans son rapport médical du 27 juillet 2013, le recourant a souffert de décompensation dépressive sur un terrain dépressif ancien. L'existence d'un terrain dépressif ancien n'est pas exclu si l'on en croit les déclarations du Dr X._____, selon lesquelles le recourant consommait de plus en plus d'alcool afin de soulager sa dépression. Certes, l'évocation d'un terrain dépressif ancien et d'une décompensation de cet ordre ne suffisent pas pour retenir d'emblée, comme le fait le médecin traitant, praticien et non psychiatre, que l'alcoolisme du recourant serait secondaire au trouble dépressif. En revanche, elle induit un doute quant à l'appréciation médicale faite par le SMR, qui n'a du reste pas examiné lui-même le recourant, étant relevé que l'on ne sait rien de ce "terrain dépressif ancien", de son éventuel traitement et de ses possibles répercussions sur l'état de santé du recourant, en particulier sur sa dépendance alcoolique. Il est utile de relever que le rapport O._____ n'a pas été établi par des psychiatres mais par des spécialistes en alcoologie. Ils n'ont d'ailleurs pas posé de diagnostic psychiatrique à proprement parler, faisant seulement état de leurs constats ("[réd. : patient] conscient, calme, collaborant et orienté dans les quatre modes. Le discours est lucide et cohérent sans fuite des idées ni trouble formel de la pensée. On ne relève pas de crainte ni d'obsession, pas de symptôme psychotique floride. L'humeur est neutre, la psychomotricité est normale, le sommeil et l'appétit sont perturbés. Le comportement reste adéquat, sans auto ou hétéro-agressivité. Le patient est distant de toute idée noire ou suicidaire"). Leur tâche ne consistait d'ailleurs pas à évaluer psychiquement le recourant, ni à dire si l'alcoolisme était primaire ou secondaire ou s'il y avait une comorbidité indépendante, mais à se prononcer sur sa dépendance alcoolique en soi. Par ailleurs, il y a une certaine contradiction entre la déclaration du Dr X._____, selon laquelle le recourant aurait commis une tentative de suicide au début du mois de février 2013 et l'exposé dans le rapport O._____, selon lequel le patient était distant de toute idée noire ou suicidaire. On ignore notamment si cette dernière constatation ne se réfère qu'à la situation à fin février 2013, après le sevrage auquel s'est soumis le recourant, apparemment

avec succès. En tout état de cause, il apparaît toutefois qu'aucune évaluation psychiatrique n'a été effectuée. L'instruction apparaît dès lors comme lacunaire sur le plan médical. La mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et interniste, s'avère donc nécessaire, le but étant d'évaluer s'il y a invalidité du chef du comportement addictif du recourant, que cela soit la consommation d'alcool qui ait entraîné ou facilité une atteinte à la santé psychique ou que cette dernière ait provoqué l'alcoolisme. On précisera encore que ce qui justifie avant tout la mise en œuvre d'une expertise sur le plan psychiatrique c'est l'ignorance dans laquelle on se trouve quant à l'existence ou non d'une comorbidité psychiatrique indépendante et associée à l'alcoolisme primaire (un état dépressif sévère avec tentamen, dont le diagnostic devra être posé *lege artis*), qui semble ne pas s'être amendée malgré une brève amélioration de la thymie après sevrage et qui paraît contribuer dans une certaine proportion à l'incapacité de gain du recourant. Une instruction médicale sur le plan physique est également nécessaire afin de déterminer si l'alcoolisme a provoqué des atteintes physiques importantes - ce qui semble être le cas (varices oesophagiennes, importante hernie hiatale etc.) - qui justifient des limitations fonctionnelles dans une activité adaptée après sevrage. Ainsi, l'expertise bidisciplinaire, interniste et psychiatrique, devra décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail du recourant et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit finalement à la conclusion que la dépendance alcoolique est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité et est primaire, il n'y aura pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé et la dépendance ne saurait alors être considérée comme invalidante. b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2 e éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPG). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). En l'espèce, il ne fait pas de doute qu'il incombait à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant de déterminer si les troubles à la santé présentés par le recourant relèvent de

l'assurance-invalidité, soit d'ordonner une expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et interniste, indépendante selon l'art. 44 LPG (cf. consid. 6a ci-dessus). Un renvoi de la cause à l'intimé se justifie dès lors conformément à la jurisprudence fédérale mentionnée ci-avant, ce d'autant plus que l'OAI sera éventuellement encore appelé, une fois la situation médicale éclaircie, à se déterminer sur la prise en charge des frais de formation demandés par le recourant à titre de mesures professionnelles. Vu ce qui précède, il n'est pas nécessaire que la Cour entende le Dr X. _____ en tant que témoin, comme l'a sollicité le recourant. 7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision du 15 avril 2014 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision sur l'éventuel droit du recourant aux prestations AI demandées. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPG, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe. c) Par ailleurs, le recourant qui obtient gain de cause et est assisté d'un mandataire professionnel, a droit à l'allocation de dépens, qu'il y a lieu de fixer d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPG; art. 55 al. 1 LPA-VD). En l'occurrence, une indemnité de dépens de 2'000 fr. est allouée au recourant et mise à la charge de l'intimé (art. 55 al. 2 LPA-VD). Cela étant, la question d'une indemnisation selon l'assistance judiciaire devient sans objet, son montant ne pouvant en tout état de cause être supérieur à l'indemnité de dépens ci-avant arrêtée.

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