

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 443 vom 16. Juni 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-06-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2016\\_\\_443](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__443)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 443 du 16 juin 2016

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 443 del 16 giugno 2016

### Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, ALCOOLISME, DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE | 28 LAI, 4 LAI, 8 LAI, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 16.06.2016 Arrêt / 2016 / 443

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, ALCOOLISME, DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE | 28 LAI, 4 LAI, 8 LAI, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 328/15 - 162/2016 ZD15.054324 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 16 juin 2016 \_\_\_\_\_ Composition : M. Métral , président Mme Pasche et Mme Brélaz Braillard, juges Greffière : Mme Simonin \*\*\*\*\* Cause pendante entre : P. \_\_\_\_\_ , au [...], recourant, représenté par Procap, Service juridique, à Bienne, et E. \_\_\_\_\_ , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8, 61 let. c LPGA, 4, 8, 28 LAI E n f a i t : A. P. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, monteur-électricien, a déposé le 24 novembre 2003 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), tendant à l'octroi d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession. Il a mentionné souffrir de mal de dos, de dépression et d'anxiété générale, et a précisé être au chômage depuis le 22 septembre 2003, sans indiquer de périodes d'incapacité de travail. Il a encore indiqué qu'il exerçait une activité accessoire de concierge non professionnel. Dans un rapport à l'OAI du 15 décembre 2003, le Dr R. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une anxiété généralisée, un syndrome de panique et des lombalgies avec gonalgie gauche, ces atteintes existant depuis 2000 et ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a expliqué que l'assuré présentait une anxiété généralisée avec syndrome de panique chaque fois qu'il était sur un chantier et avait des difficultés à monter sur des échelles en raison de son genou gauche et de ses lombalgies, raison pour laquelle il avait donné son congé. L'assuré allait mieux depuis qu'il ne travaillait plus sur des chantiers. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a en outre attesté que l'assuré présentait une incapacité totale de travail sur chantier et une capacité de travail de 100% dans n'importe quelle activité adaptée (soit un travail en dehors des chantiers). Dans un avis médical du 15 février 2005, la Dresse V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a indiqué qu'il convenait d'organiser un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique au SMR. Le 14 octobre 2005, l'assuré a été

examiné par la Dresse I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecins au SMR. Dans leur rapport du 28 novembre 2005, ils n'ont posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, ils ont retenu un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00), des cervico-scapulalgies bilatérales et lombalgies communes dans le cadre d'un trouble statique et d'une dysbalance musculaire étagée, des gonalgies gauches dans le cadre d'une chondropathie rétropatellaire bilatérale possible et une discrète instabilité ligamentaire latérale, un status post lésion du tendon de l'extenseur du gros orteil à gauche par balle en 1989, un status post traumatisme cranio-cérébral en 1974 et un status post lésion du pouce gauche en 1999. Ils ont estimé que l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle, comme dans une activité adaptée. Les médecins du SMR ont en outre écrit ce qui suit :

" APPRECIATION CONSENSUELLE DU CAS Cet assuré d'origine [...], en Suisse depuis une dizaine d'années, travaille comme électricien sur les chantiers. Dans le cadre de ce travail relativement lourd et dans un contexte de difficultés conjugales, il développe des douleurs qu'il décrit comme « j'ai tout le temps un peu mal quelque part » avec notamment des lombalgies basses à droite, cervicoscapulalgies bilatérales et gonalgies gauches. Il décrit également des blocages au niveau cervical et lombaire, ayant amené à quelques jours d'incapacité de travail, mais qui ne sont pas documentés. Apparemment sur l'initiative de son médecin traitant, il dépose une demande de mesures professionnelles. Lors de notre examen clinique, nous sommes en face d'un jeune homme en bon état général, de constitution plutôt fine mais bien musclée. L'examen de la médecine interne générale est dans les limites de la norme. Le status ostéoarticulaire fait découvrir un trouble de la statique rachidienne sur bascule du bassin en défaveur de la droite et une certaine insuffisance posturale avec hypercyphose dorsale et hyperlordose lombaire. La mobilité de toute la colonne vertébrale est bonne, avec cependant une toute petite asymétrie pour l'inclinaison latérale cervicale en défaveur de la droite (status post torticolis le week-end passé), douloureuse au niveau cervical et lombaire. La distance doigt-sol est de 0 cm, comme d'ailleurs la distance doigt-orteil en position assise. Le Schober est de 30/32 cm respectivement de 10/13,5 cm. La musculature para-vertébrale est normalement développée, pas contracturée, mais légèrement raccourcie au niveau cervicoscapulaire côté gauche. Il y a des douleurs à la palpation des petites articulations cervicales basses ainsi que des apophyses épineuses L3 jusqu'à S1, de la crête iliaque et des muscles piriformes qui semblent raccourcis. Les grandes articulations des membres supérieurs sont bien mobiles, douloureuses pour l'abduction de l'épaule gauche et la flexion-extension des poignets, sans signe d'une atteinte à la coiffe des rotateurs ou d'autres lésions structurelles. Les hanches, les genoux et la cheville droites sont bien mobiles, la flexion/extension de la cheville gauche est légèrement diminuée. Le signe de Zohlen est douloureux ddc [des deux côtés], les genoux calmes, sans épanchement ou crépitations, on constate une discrète hyperlaxité du ligament latéral interne gauche. On note également un raccourcissement musculaire lombo-pelvi-cruro bilatéral. 13 des 18 tender points caractérisant la fibromyalgie sont positifs, le jump sign est cependant absent. Au status neurologique on note une discrète diminution de la sensibilité superficielle de l'hémicorps gauche. Les réflexes sont symétriques. Le Lasègue est négatif ddc. La force musculaire est globalement à M5, il n'y a pas d'amyotrophie. Les signes de Waddell sont présents. Le dossier radiologique n'est pas à disposition. En résumé cet assuré présente des douleurs polyarticulaires, plus marquées au niveau cervicoscapulaire, lombaire et au genou gauche, sans limitations fonctionnelles

objectives. La limitation au niveau de la cheville droite est séquellaire à une ancienne lésion et pas symptomatique. Elles peuvent être vues dans le cadre d'un trouble de la statique rachidienne avec dysbalances musculaires chez un homme de stature plutôt fine travaillant sur les chantiers. Concernant le genou gauche une chondropathie bilatérale débutante est possible. La présence de 15 tender points sur les 18 caractérisant la fibromyalgie évoquent ce diagnostic, ainsi que les dires de l'assuré, qu'il a tout le temps mal quelque part, mais le jump sign est absent et le type des douleurs rachidiennes plutôt mécaniques. Les signes comportementaux présents parlent en faveur d'une amplification des symptômes. S'il est vrai qu'avec une telle constitution plutôt fine, le travail sur le chantier doit être considéré comme limite, il n'y a aucune atteinte structurelle qui permettrait de justifier une incapacité de travail comme monteur-électricien et il n'y a pas non plus une invalidité imminente. De plus, une activité physique comportant des exercices de musculation ou d'étirement est susceptible d'augmenter la tolérance à l'effort. Sur le plan psychiatrique, nous sommes en présence d'une personne de 36 ans chez qui on ne relève rien de particulier dans le développement psychoaffectif. Un événement marquant à l'âge de 18 ans est le décès de son père, personne investie de manière particulièrement positive. Ceci peut expliquer l'instabilité professionnelle qui s'ensuivra pendant quelques années. Néanmoins, M. P.\_\_\_\_\_ a toujours lutté et été volontaire dans la vie. Il vient en Suisse pour y rejoindre sa soeur, mais gardera toujours la nostalgie de son pays et souffrira plus particulièrement du reste de sa famille laissée là-bas. L'assuré prend divers emplois en Suisse avant d'avoir une activité plus stable. Il décrit l'apparition progressive et insidieuse, à partir de 2000, d'une irritabilité et à partir de 2003, d'une tension et d'une anxiété. La symptomatologie décrite est incompatible avec des attaques de panique, étant donné qu'elle est déclenchée par des situations précises ou encore des pensées. L'état d'anxiété vient progressivement puis se résout après que l'assuré s'est calmé. De même, on ne peut pas parler d'un trouble d'anxiété généralisée étant donné que les moments d'angoisse surviennent de façon prépondérante dans des situations déterminées ou lors de pensée précises. En ce sens, l'anxiété n'est pas « flottante ». M. P.\_\_\_\_\_ ne présente pas de manière continue de tremblements, une transpiration, une sensation de tête vide, des palpitations, des étourdissements ou une gêne épigastrique. Seuls sont présents en permanence un état de tension intérieure ainsi qu'une irritabilité. Il n'y a pas non plus d'impression de déréalisation ou de dépersonnalisation. En fait, la symptomatologie que présente l'assuré n'est pas non plus compatible avec le diagnostic d'anxiété généralisée de la CIM-10 (absence de la présence continue d'un nombre suffisant de symptômes). En fait, M. P.\_\_\_\_\_ présente un épisode dépressif avec des pleurs, une amotivation, des troubles du sommeil et de l'appétit, une humeur dépressive et une réduction de l'énergie avec un sentiment d'être « à bout ». L'anxiété qu'il présente et qui s'exacerbe à un certain moment, n'est qu'un symptôme de cette dépression. L'assuré dit vouloir changer d'activité professionnelle pour mieux gagner sa vie et surtout pour se ménager physiquement, selon ses dires. Des mesures d'ordre professionnel ne nous semblent donc pas pertinentes. En effet, l'assuré doit traiter la dépression dont il souffre et contre laquelle il lutte, avant d'arriver à un effondrement. La dépression traitée, il aura toutes les capacités pour trouver et s'insérer chez un employeur dans une activité qui lui conviendra. La dépression dont il souffre, comme les symptômes pris un à un ne présentent pas de caractère incapacitant dans l'activité actuelle comme dans toute autre activité : nous n'avons pas objectivé de troubles cognitifs, l'énergie n'est que diminuée et l'anxiété qu'il présente n'est pas destructurante. Des mesures professionnelles ne sont donc pas justifiées. Les limitations fonctionnelles Sur le plan somatique il n'y pas de limitations formelles. Si

l'assuré continue dans son métier, il doit impérativement faire régulièrement des exercices d'étirement et de musculation. Aucune du point de vue psychiatrique. Depuis quand y'a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? L'examen au SMR n'a pas mis en évidence un état induisant des limitations fonctionnelles sur le plan psychique ou somatique entraînant une incapacité de travail durable. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Il est toujours resté nul du point de vue psychiatrique et somatique.

Concernant la capacité de travail exigible, on peut comprendre que pour cet assuré de constitution plutôt fine, le travail sur les chantiers est lourd, mais en absence de lésions objectives cliniques toujours exigibles. Il est cependant évident qu'un travail moins lourd comme celui déjà exercé de comptable ou concierge lui conviendrait mieux. Elle est totale du point de vue psychiatrique ". Par décision du 16 janvier 2006, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des prestations de l'AI, dès lors que selon le rapport du SMR du 28 novembre 2005, il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante. Cette décision est entrée en force. B. Le 15 mars 2013, P. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Il a indiqué avoir mal au dos depuis 15 ans et au bras gauche (main gauche depuis 4 ans). Il ressort de la demande que l'assuré a divorcé en 2008 et qu'il a exercé l'activité de monteur-électricien comme employé de 1999 à 2007 et comme ouvrier indépendant de 2008 à 2010. Dans un certificat médical du 9 décembre 2012, le Dr G. \_\_\_\_\_, chiropraticien, a indiqué que l'assuré n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de monteur-électricien, en raison des efforts bras en l'air et en extension du rachis qu'elle implique, ce dernier souffrant d'une instabilité du carrefour lombo-sacré avec spondylolisthésis de L5, de périarthrite à l'épaule gauche dans le cadre d'un conflit sous-acromial et d'une instabilité douloureuse du pouce gauche opéré plusieurs fois. Selon le Dr G. \_\_\_\_\_, il paraissait " raisonnable de proposer à l'intéressé, actuellement en cure de sevrage mais [qui] semble motivé, une assistance pour un recyclage professionnel ". Il ressort d'un rapport d'intervention précoce du 22 mars 2013 que l'assuré n'avait pratiquement plus travaillé depuis 2010. Il avait connu la rue et l'alcool. Dans un rapport du 5 avril 2013 à l'OAI, le Dr G. \_\_\_\_\_ a précisé que l'assuré avait des douleurs lombaires évoluant de façon chronique depuis quinze ans et qu'aujourd'hui il avait des épisodes de blocages. Le traitement chiropratique était terminé et le pronostic était favorable en cas de réinsertion de l'assuré. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a confirmé que l'activité habituelle n'était plus exigible en raison d'une importante fragilité du bas du dos à l'effort, notamment en extension. Sur demande de l'OAI du 17 mai 2013, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) a produit son dossier de l'assuré. Il en ressort que ce dernier s'est luxé le pouce en tombant le 11 janvier 2007 dans des escaliers. Il avait été opéré une première fois en janvier, puis une seconde fois le 21 mai 2007 par le Dr D. \_\_\_\_\_ qui avait décelé une fracture n'ayant pas été vue auparavant (cf. rapport d'entretien du 28 juin 2007 avec un inspecteur de la CNA). Le Dr D. \_\_\_\_\_ avait diagnostiqué une ankylose articulaire métacarpo-phalangienne post-embrochage du pouce gauche et pratiqué une téno-arthrolyse métacarpo-phalangienne avec mise en place d'une lame en silicone (protocole opératoire du 21 mai 2007). L'assuré avait été à nouveau opéré le 23 juillet 2007 (ablation de la plaque silicone et d'une ténovaginite sténosante du long fléchisseur du pouce gauche). Le traitement s'était terminé le 6 septembre 2007. L'assuré avait été en incapacité totale de travail du 12 janvier 2007 au 6 septembre 2007 (cf. rapport à la CNA du Dr D. \_\_\_\_\_ du 18 septembre 2007). Dans un rapport à l'OAI du 6 juin 2013, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011 (date du dernier contrôle le 20 août 2012), a diagnostiqué un status après trauma de la main gauche traité chirurgicalement en 2007, avec des douleurs résiduelles

chroniques, ainsi qu'un " état dépressif récurrent sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) versus trouble schizo-affectif de type dépressif (F25.1) " au moins depuis 2009, ces atteintes ayant un effet sur la capacité de travail de l'assuré. Il a également diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (F10.2X), ces atteintes étant sans influence sur la capacité de travail. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a précisé ce qui suit : " Anamnèse Patient socialement et financièrement à la dérive dans un contexte dépressif sévère ; quand je l'ai connu au printemps 2011, il était SDF et consommait quotidiennement des doses importantes d'alcool (plusieurs litres de bière /j.), sans avoir de demande médicale bien précise, hormis de recevoir un peu de Séresta afin de mieux contrôler des symptômes de sevrage. Ses consommations lui avaient valu un retrait de permis de conduire déjà depuis mai 2009. Il n'avait pas de revenu et avait accumulé des dettes, ses primes d'assurance maladie n'étaient pas honorées, raison pour laquelle les consultations furent très espacées et irrégulières. Il déclarait avoir tout lâché au plan administratif et financier depuis déjà plusieurs années (mais tout particulièrement depuis 2009, époque où on relève des symptômes dépressifs majeurs ; il avouait avoir abusé de l'alcool pour fuir ses angoisses et un fort sentiment de culpabilité et d'échec durant toute cette période). Finalement, il est parvenu à faire une demande d'aide sociale fin 2011, ce qui lui a permis courant 2012, de régulariser sa couverture d'assurance maladie et de trouver un appartement, sans toutefois pouvoir s'inscrire d'emblée dans une perspective de contrôle de ses consommations. Il se montrait alors peu motivé, anergique et passif. Son seul motif pour avancer semblait être la présence occasionnelle à ses côtés de son fils de 13 ans et de son chien. Peu à peu, dans le courant de l'année 2012, le patient a fini par pouvoir s'inscrire dans une démarche de soin, pouvant faire une demande de sevrage et puis d'entrée dans l'institution [...] avec l'appui du dispositif Evita en juin. Par contre, le traitement médicamenteux du trouble dépressif avait été refusé à plusieurs reprises. A noter par ailleurs un traumatisme de la main G en 2007, qui aurait été opérée, mais qui lui laisse des douleurs récurrentes, gênantes pour certaines manipulations (celles qui nécessitent de la force dans la flexion des doigts en particulier). Je n'ai pas revu le patient depuis sa 2<sup>ème</sup> admission à [...] en septembre 2012. Constat médical Mimique triste, mais on relève surtout une agitation psychomotrice presque à chaque consultation ; le score de Hamilton début février 2012 se montait à 26, ce qui signe un état dépressif sévère ". Le Dr H.\_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré était totalement incapable de travailler du 23 mars 2011 au 11 septembre 2012. S'agissant de la question des limitations fonctionnelles, il a expliqué que d'un point de vue physique, la question de la main gauche mériterait d'être réexaminée par un spécialiste, et qu'au plan psychique, les troubles du sommeil, l'anergie et les troubles dépressifs existant au 1<sup>er</sup> semestre 2012 étaient clairement un obstacle à la reprise d'une activité professionnelle ; s'agissant de la situation actuelle, il n'était pas en mesure de se prononcer, n'ayant pas revu le patient. Pour la même raison, il n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail actuelle de ce dernier dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a joint à son rapport, plusieurs rapports d'EVITA (dispositif vaudois d'indication et de suivi alcoologique, prestation fournie conjointement par la Fédération [...] et le service d'alcoologie X.\_\_\_\_\_). Il en ressort que l'assuré a effectué un suivi alcoologique du 25 avril 2012 jusqu'en mars 2013, dans le cadre duquel il séjourné à la fondation T.\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> septembre 2012. Un diagnostic de dépendance à l'alcool a été posé, caractérisé par 6 critères sur 7 selon le DSM-IV. Au plan psychiatrique, aucun symptôme psychotique floride n'a été mis en évidence. En début de prise en charge, l'assuré présentait une thymie triste avec des affects relativement abrasés, sans idées

suicidaires (rapports des 25 avril 2012 et 10 octobre 2012). Dans le dernier rapport du 14 février 2013, les professionnels d'EVITA ont relevé une évolution favorable au plan psychiatrique avec amélioration de l'humeur, un discours cohérent, une bonne capacité d'attention et de concentration, un comportement adéquat et une distance de toute idée noire ou suicidaire. Une alcoolisation était toujours présente, l'assuré n'arrivant toujours pas à se positionner quant à un projet d'abstinence ou de consommation contrôlée, évitant toutefois toute consommation particulière au sein de l'institution. En mai 2013, l'assuré a débuté un suivi auprès d' [...] (ci-après : [...]). Dans un avis médical du 3 juillet 2013, le Dr [...] du SMR a écrit notamment ce qui suit: " Il est vraisemblable que chez cet assuré, l'alcoolisme soit secondaire ; en effet, la partie psychiatrique de l'examen clinique de novembre 2005 avait mis en évidence un épisode dépressif léger avec symptômes anxieux ; il n'y avait pas alors de dépendance alcoolique. L'expert avait estimé que la dépression devait faire l'objet d'un traitement, mais qu'elle n'était pas d'une intensité suffisante pour être incapacitante. Nous devons donc être renseignés sur l'évolution au plan psychiatrique ; pour cela, il faut demander un rapport au Dr [...], service d'alcoologie au X.\_\_\_\_\_. En principe, cet assuré devrait retrouver une CT entière dans une activité légère ". Lors d'un entretien téléphonique avec l'OAI le 9 juillet 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, a expliqué avoir repris le suivi de l'assuré et être inquiet car l'état de santé se dégradait depuis qu'il avait quitté la Fondation T.\_\_\_\_\_, avec de nouveaux épisodes de consommation et de violence avec ses proches. Selon le médecin, le suivi auprès d' [...] ne correspondait pas à l'assuré. Dans un rapport du 9 juillet 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un épisode dépressif modéré (F32.10) depuis 2011 au moins et une dépendance à l'alcool avec utilisation continue depuis probablement 2000, avec effet sur la capacité de travail. Il a estimé qu'une reprise du travail à 50% était envisageable dans un cadre très soutenant et strictement défini. Par communication du 8 avril 2014, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des mesures de réadaptation professionnelles au motif que sa situation médicale n'était pas stabilisée. Sur question de l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_ a précisé, le 15 avril 2014, que la consommation d'alcool était fluctuante avec des abus ponctuels. Il constatait une amélioration au plan physique, mais une stagnation au plan psychique. Comme limitations fonctionnelles, il a indiqué une aboulie, une perte d'élan vital et une fluctuation de l'humeur. Une expertise psychiatrique a été réalisée à la demande de l'OAI le 1 er septembre 2015 par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 3 septembre 2015, ce dernier a diagnostiqué une dépendance à l'alcool primaire, avec rémission partielle après cure en 2012, une utilisation nocive de cannabis de moindre importance, une accentuation de certains traits de la personnalité du type personnalité émotionnellement labile type impulsif, sans effet sur la capacité de travail. Il n'a posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Il a apprécié la situation de la manière suivante : " Discussion de la maladie Quant à la dépendance : Même si les informations sont peu précises, on doit probablement parler chez les parents de l'assuré d'un abus d'alcool à risque ou même, peut-être, un alcoolisme chronique à l'alcoolémie continue, mais sans ivresses massives. L'assuré a grandi dans ce milieu et a repris le même abus d'alcool, aggravé (à la différence des parents) par des alcoolisations massives spontanées, ou dans des situations de frustration, et aggravées par l'ajout de cocaïne (avant son arrivée en Suisse en 1995). Après, l'assuré a continué son abus d'alcool, probablement ensemble avec son épouse. Cette consommation à risque n'a probablement pas posé de problèmes manifestes au travail dans un premier temps, jusqu'en 2005, date de la séparation conjugale. La séparation a probablement apporté une première déstabilisation émotionnelle et la

consommation d'alcool est probablement devenue plus irrégulière et massive, et incluant des alcoolisations massives compulsives, augmentant ainsi la tendance aux réactions impulsives, typiques du caractère de l'assuré. Comme le décrit le psychiatre traitant (voir sous « Dossier de psychiatrie »), l'assuré a plongé en 2009 dans l'alcoolisme grave et a commencé à vivre une vie marginale de SDF, jusqu'au moment où une prise en charge intensive (9 mois à T. \_\_\_\_\_ à [...]) en 2012 l'a aidé à se réinsérer dans une vie civile, mais [il] est à l'aide sociale. En dehors de l'institution, l'abstinence reste incomplète. L'assuré se rend compte de sa dépendance et de la nécessité d'une abstinence complète (voir en haut sous « Status psychiatrique »), mais ne fait pas suffisamment d'efforts pour la réaliser. Il ne suit pas la postcure alcoologique proposée. Ainsi, l'abstinence reste incomplète avec de fréquentes rechutes de moindre, parfois de plus grande ampleur. Quant à la dépression : On se rappelle que le Dr Q. \_\_\_\_\_ au SMR SR à Vevey, à l'occasion de l'examen bi-disciplinaire de 2005, a retenu le diagnostic d'un épisode dépressif léger, justifiant un traitement, mais n'emportant pas de symptômes graves justifiant une incapacité de travail durable. L'assuré a sûrement présenté par moments une humeur dépressive importante, pendant la période de son alcoolisation excessive et continue entre 2009 et 2012, avant son sevrage, mais il s'agissait d'un côté d'un état réactionnel, contextuel, et de l'autre de l'impact direct de l'alcool. On ne peut pas retenir le diagnostic d'une maladie dépressive primaire (« trouble dépressif majeur / caractérisé / mélancolique »). Le Dr Q. \_\_\_\_\_ n'a pas mentionné la consommation d'alcool, qui était, en 2005 déjà, à risque. Le Dr B. \_\_\_\_\_, dans son rapport de 2013, avec son appréciation diagnostique, ne tient pas non plus compte de l'état d'alcoolisme décompensé de l'assuré avant son entrée à T. \_\_\_\_\_ en 2012 (voir sous « Dossier de psychiatrie », document No 5 avec mon commentaire). On peut d'emblée exclure le diagnostic porté par le généraliste de psychose primaire affective (dépressive / mélancolique) versus schizo-affective. Maintenant, dans un état d'abstinence bien partiel, mais l'assuré, quand-même, ne sombrant plus dans l'alcoolisme, je n'observe pas de symptômes justifiant un des diagnostics du spectre des dépressions que définit la CIM-10. Quant au trouble de la personnalité : Un trouble maladif de la personnalité est défini en psychiatrie clinique, ainsi que dans les critères diagnostiques de la CIM-10 (voir « Critères diagnostiques pour la recherche » F 60, pages 114 - 119), par une « déviation importante et durable des modes caractéristiques et habituels de perception interne et de conduites de l'individu, dans plusieurs domaines de la vie » telles que : « cognitions, affectivité, contrôle des impulsions et satisfaction des besoins, interaction avec les autres et façon de se conduire dans les situations interpersonnelles ». Cette déviation doit être « profondément enracinée et se manifester par une conduite rigide, inadaptée et dysfonctionnelle lors de situations personnelles et sociales très variées », et « ne pas être limitée à un stimulus ou à une situation 'gâchette' spécifique ». Même si quelques-uns de ces éléments sont présents chez notre expertisé, il ne répond clairement pas d'emblée à la totalité de cette définition. L'assuré a mené une vie conjugale pendant 10 ans, et jusqu'en 2009, il a toujours fonctionné dans le domaine professionnel, et ceci même malgré un abus d'alcool déjà important à l'époque. On ne peut pas retenir le diagnostic d'un trouble maladif de la personnalité. Par contre, on peut décrire les traits accentués de sa personnalité (Z 73.1) avec une forte émotivité (partiellement culturelle), et la propension aux réactions impulsives. Mais ces réactions étaient massivement amplifiées par l'impact néfaste de l'alcool. Pour le reste, cet assuré dispose tout à fait d'une personnalité différenciée et développée qui lui permet de surmonter les traits mentionnés. Sa vraie faiblesse est la dépendance à l'alcool. Quant aux troubles psychosomatiques : Je n'ai pas constaté de

fixation émotionnelle pathologique, de type névrotique, sur ses affections physiques. En particulier, il n'y a pas de vécu douloureux exagéré qui ne correspondrait pas à ses affections physiques. On ne peut donc pas retenir le diagnostic de « syndrome douloureux somatoforme persistant », l'attention de l'assuré étant orientée non pas vers ses douleurs, mais vers d'autres préoccupations, comme les finances, sa situation sociale en général, son mal du pays et autres, y inclus des activités positives et constructives. Discussion du caractère primaire ou secondaire de la toxicomanie Comme je ne retiens pas de maladie du domaine psychiatrique dans le sens médico-légal, l'alcoolisme est primaire dans le sens dans lequel ce terme est utilisé dans la médecine des assurances en Suisse. La personnalité impulsive n'atteint pas de degré maladif et prise pour elle-même, n'est pas à l'origine d'une incapacité de travail durable, ce dont l'assuré a fait preuve pendant les nombreuses années de bon fonctionnement professionnel, pour le reste : bien investi émotionnellement. Jusqu'en 2009, année de l'exacerbation de son alcoolisme qui était, en moindre mesure présent depuis son adolescence, peut-être avec un certain fond génétique. Cette appréciation, que l'alcoolisme présente le problème de santé principal de cet assuré (au plan psychiatrique au moins), correspond d'ailleurs à celle des médecins traitants (voir « Dossier de psychiatrie »). Discussion de la capacité de travail résiduelle exigible Au plan purement psychiatrique, la capacité de travail résiduelle exigible est entière. Au plan somatique, elle doit être évaluée par les spécialistes compétents. Les limites fonctionnelles psychiatriques Il n'y a pas de limites fonctionnelles psychiatriques. Il va de soi que des situations à risque pour une rechute alcoolique, comme par exemple le travail dans un restaurant ou dans un bar, doivent être évitées. Discussion des possibilités d'améliorer l'état de santé L'assuré a un suivi psychothérapeutique qui lui apporte une certaine stabilité. Mais le traitement du problème principal de cet assuré, donc de son alcoolisme, est insuffisant. L'assuré ne suit pas de posture spécifique comme des consultations dans un service spécialisé, ou auprès des AA. Un tel suivi est impérativement recommandé. Le mieux serait, comme le pense aussi le psychiatre traitant, le Dr B. \_\_\_\_\_, une nouvelle, plus courte période résidentielle dans une institution spécialisée comme par exemple T. \_\_\_\_\_ à [...], la [...] à [...], ou une autre, pour compléter le sevrage avec le but d'une abstinence complète, avec après, une prise en charge alcoologique spécialisée ambulatoire lege artis. Un tel suivi et traitement est tout à fait exigible, l'assuré ne souffrant d'aucune maladie du domaine psychiatrique qui puisse diminuer sa capacité de discernement. L'abstinence comme telle est exigible. L'assuré dispose de suffisamment de ressources personnelles pour faire un effort important pour rester abstinent. Pronostic Sous condition du traitement susmentionné, le pronostic n'est pas trop mauvais, chez cet assuré intelligent, aimant sa profession et étant en principe de bonne volonté, mais souffrant, en tant qu'alcoolique chronique, d'une certaine faiblesse de volonté pour rester entièrement abstinent. Sans ce traitement (nouvelle cure de sevrage et après prise en charge spécialisée ambulatoire), le pronostic n'est pas bon car une rechute dans l'alcoolisme massif semblerait probable à moyen ou long terme. La continuation de la psychothérapie en cours contribue de façon complémentaire à la stabilisation, mais sans les mesures alcoologiques susmentionnées, restera insuffisante ". L'expert a encore précisé que du point de vue psychiatrique, des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, pour autant qu'elles soient indiquées du point de vue physique, précisant que l'assuré se montrait motivé par de telles mesures de réadaptation dans une activité adaptée à ses atteintes physiques. Par décision du 11 novembre 2015 confirmant un projet de décision du 29 septembre 2015, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations AI, au motif qu'il ne présentait pas de pathologie psychiatrique susceptible de

limiter sa capacité de travail et de gain. L'OAI a encore précisé que l'incapacité de gain était due avant tout à la dépendance alcoolique de l'assuré, qui n'était pas constitutive d'une invalidité au sens de la loi. C. Par acte du 14 décembre 2015, l'assuré, par l'intermédiaire de Procap, a recouru contre la décision de l'OAI du 11 novembre 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à la constatation du droit aux prestations, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI et pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire conforme à la lettre circulaire n° 339 de l'OFAS (Office fédéral des assurances sociales), puis nouvelle décision. En particulier le recourant demande la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire " destinée à élucider correctement le caractère primaire ou secondaire des problèmes de dépendance et les répercussions de l'ensemble des problèmes de santé présentés sur sa capacité de travail (dans son activité habituelle et dans une activité adaptée), définir ses limitations fonctionnelles somatiques et psychiques, ainsi que son aptitude à la réadaptation " , les experts devant se déterminer à la lumière des nouveaux standards d'expertise établis dans la lettre circulaire n° 339. Le recourant est également d'avis que ses problèmes de santé physique ne lui permettent pas de reprendre son activité de monteur-électricien, de sorte qu'il convient d'examiner son droit à des mesures de réinsertion (art. 14a LAI), puis de réadaptation professionnelle (art. 17 LAI), cas échéant à une rente. Il produit des certificats médicaux du 4 décembre 2015 du Dr D.\_\_\_\_\_ et du 27 novembre 2015 du Dr G.\_\_\_\_\_. Ce dernier médecin indique avoir traité l'assuré la première fois en 2012, puis sporadiquement en 2013, 2014 et 2015 pour des lombalgies, lombo-pygalgies et lombo-sciatalgies droites récurrentes évoluant chroniquement depuis plusieurs années. Il explique que le patient souffre d'une décompensation douloureuse de la charnière sacro-lombaire s'inscrivant dans le contexte d'une anomalie transitionnelle par hémisacralisation de L5 avec néo-articulation sacro-transversaire et un spondylolisthésis de grade I. Une IRM du 8 mai 2014 montrait de plus la présence d'une saillie discale L4-L5 droite, foraminale et extra-foraminale, avec conflit disco-radicaire. Enfin, le Dr G.\_\_\_\_\_ atteste la présence d'une périarthrite chronique de l'épaule gauche en lien avec un conflit sous-acromial réfractaire aux soins conservateurs et un pouce gauche instable. En raison de ces atteintes, l'intéressé n'est plus en mesure, selon le médecin, d'exercer son activité d'électricien et l'aide de l'AI pour une réinsertion professionnelle paraît impérative. Dans son certificat du 4 décembre 2015, le Dr D.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics d'arthrose trapézo-métacarpienne de stade I du pouce gauche, un status après révision et téno-arthrolyse métacarpo-phalangienne du pouce à gauche le 21 mai 2007 et status après fracture de Bennett post-luxation du 12 janvier 2007. Il explique que les douleurs sont causées par le début des usures de la métacarpo-phalangienne du pouce. Le médecin a procédé à des infiltrations, ce qui a déjà un peu soulagé le patient. Dans sa réponse du 26 janvier 2016, l'OAI s'est rallié à un avis du 18 janvier 2016 du Dr [...], médecin au SMR, qu'il produit. Selon ce médecin, l'atteinte ostéo-articulaire est en cours de prise en charge, mais pas complètement investiguée de sorte qu'il convient d'organiser, pour préciser les diagnostics et paramètres asséculogiques, une expertise en rhumatologie/médecine physique. Par réplique du 4 février 2016, le recourant maintient sa requête de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet psychiatrique et rhumatologique/médecine physique. Le 23 février 2016, l'intimé conteste la nécessité d'instruire au plan psychiatrique, étant d'avis que l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ est convaincante. 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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière au fond. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'AI (mesures de réadaptation d'ordre professionnel et rente d'invalidité). 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente d'invalidité 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 (let. a) ; 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. La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec le celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu de la personne invalide) (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). c) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). En vertu de l'art. 14a LAI, l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, pour autant que celles-ci servent à

créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (al. 1). Sont considérées comme mesures de réinsertion les mesures socioprofessionnelles et les mesures d'occupation (al. 2). Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. De jurisprudence constante, l'octroi de cette mesure suppose une perte de gain liée à l'invalidité de 20% au moins (ATF 124 V 108 ; cf. notamment TF 9C\_316/2010 du 12 avril 2011 consid. 4.2). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et ATF 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C\_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou par le juge, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de ces derniers afin de les éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise 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 351 consid. 3b/aa et les références). 4. Lorsque l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impuissance rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3 et les références citées). Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2). 5. En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 15 mars 2013, de

sorte qu'il y a lieu d'examiner, conformément à ce qui précède, si entre la décision du 16 janvier 2006 et la nouvelle demande, un changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, s'est produit. a) Les parties conviennent, à juste titre, que l'instruction est insuffisante en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail de travail du recourant au plan physique, en particulier sur les points de savoir s'il peut poursuivre son activité habituelle de monteur-électricien, cas échéant s'il possède une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, après l'octroi de mesures de réadaptation si nécessaire. En effet, ces points n'ont pas fait l'objet d'une véritable instruction de la part de l'intimée, alors que l'assuré a rendu plausible, conformément aux exigences de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), une aggravation de son état de santé au plan somatique, en raison de ses problèmes lombaires, à l'épaule gauche et au pouce gauche (cf. certificat médical du Dr G. \_\_\_\_\_ du 9 décembre 2012 et rapport médical du Dr H. \_\_\_\_\_ du 6 juin 2013). En effet, alors que dans le rapport SMR du 28 novembre 2005, la Dresse I. \_\_\_\_\_ avait diagnostiqué des cervico-scapulalgies bilatérales et des lombalgies communes dans le cadre d'un trouble statique et d'une dysbalance musculaire étagée, ainsi que des gonalgies gauches dans le cadre d'une chondropathie rétropatellaire, estimant que ces atteintes étaient sans effet sur la capacité de travail, même si la constitution plutôt fine de l'assuré rendait le travail sur des chantiers plutôt limite, le Dr G. \_\_\_\_\_ a attesté dans son certificat médical du 9 décembre 2012 la présence d'une instabilité du carrefour lombo-sacré avec spondylolisthésis de L5, d'une périarthrite à l'épaule gauche dans le cadre d'un conflit-sous acromial et d'une instabilité douloureuse du pouce gauche opéré plusieurs fois (voir à ce dernier égard le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 6 juin 2013 lequel estime que " la question de la main gauche mériterait d'être réexaminée par un spécialiste "). Enfin le Dr G. \_\_\_\_\_ a clairement estimé qu'il paraissait " raisonnable de proposer à l'intéressé, actuellement en cure de sevrage mais [qui] semble motivé, une assistance pour un recyclage professionnel ". En conséquence, une expertise à réaliser par un spécialiste en médecine physique et en rhumatologie est nécessaire afin de déterminer la capacité de travail de l'assuré au plan somatique dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée (cf. avis SMR du 18 janvier 2016). b) Il reste à déterminer si cette expertise doit également faire l'objet d'un volet psychiatrique, comme le demande le recourant, arguant en substance que l'expertise n'établit pas correctement sa capacité de travail au plan psychiatrique et en particulier le caractère primaire ou secondaire de l'alcoolisme. L'intimé le conteste, étant d'avis que l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ suffit à exclure une invalidité en raison d'une atteinte à sa santé psychique. aa) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268 ; TF 9C\_334/2015 du 2 février 2016 consid. 4.2.2 ; TF 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 ; TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité

suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C\_395/2007 précité consid. 2.2 et les références citées). En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage ; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (cf. TF 9C\_395/2007 consid. 2.3 et les références médicales citées ; cf. également TF 9C\_618/2014 précité consid. 5.3). L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C\_618/2014 précité consid. 5.4 ; TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4 ; cf. arrêt I 731/02 du 25 juillet 2003, consid. 2.3). bb) En l'occurrence, le Dr W.\_\_\_\_\_ s'est fondé sur une anamnèse complète, en particulier sur les rapports antérieurs du psychiatre traitant, le Dr B.\_\_\_\_\_, et sur l'examen psychiatrique du SMR du 14 octobre 2005, pour apprécier l'état de santé au plan psychiatrique, ainsi que pour qualifier la dépendance de l'expertisé. Dans son appréciation, l'expert a également tenu compte du contexte social et économique difficile dans lequel ce dernier s'est retrouvé d'environ 2009 à 2011, période durant laquelle il a été SDF. Il a aussi rappelé que l'assuré avait suivi une cure de désintoxication durant neuf mois à la fondation de T.\_\_\_\_\_ entre 2012 et 2013, à la suite de quoi il avait pu retrouver un appartement et se faire aider par les services sociaux. Au plan psychiatrique, l'expert a expliqué de manière convaincante que bien que l'assuré ait certainement présenté par moments une humeur dépressive importante entre 2009 et 2012, avant son sevrage, on ne peut pas considérer qu'il souffre d'une maladie dépressive primaire (au sens d'un trouble dépressif majeur et caractérisé) entraînant une incapacité de travail. En effet, l'expert observe que l'intéressé ne présente pas de symptômes

justifiant un diagnostic du spectre des dépressions selon la CIM-10, au moment de l'expertise, alors qu'il se trouve dans un état d'abstinence partiel. L'expert en déduit qu'il a à cette époque présenté un état réactionnel et lié à la consommation d'alcool. Il rappelle qu'en 2005, le Dr Q. \_\_\_\_\_ avait diagnostiqué un épisode dépressif léger sans symptômes graves justifiant une incapacité de travail de longue durée, ce psychiatre n'ayant toutefois pas mentionné la consommation d'alcool qui était déjà à risque en 2005. Quant à l'avis divergeant du Dr B. \_\_\_\_\_, lequel a diagnostiqué dans son rapport du 9 juillet 2013 un épisode dépressif modéré depuis 2011 au moins et une dépendance à l'alcool avec utilisation continue depuis 2000 probablement, avec effet sur la capacité de travail, le Dr W. \_\_\_\_\_ s'en distancie en expliquant de manière convaincante que le Dr B. \_\_\_\_\_ n'a pas analysé l'impact de l'alcool sur l'humeur alors que pour poser le diagnostic d'une dépression primaire/majeure caractérisée selon le CIM-10, il faut que l'état ne soit pas induit par une substance. Dans le même ordre d'idées, l'expert exclut également de manière convaincante les diagnostics de psychose primaire affective (dépressive/mélancolique) " versus trouble schizo-affectif de type dépressif " posés par le Dr H. \_\_\_\_\_, qui sont d'ailleurs très peu étayés par le médecin généraliste. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a également exclu de manière convaincante la présence chez le recourant d'un trouble maladif de la personnalité à caractère incapacitant, expliquant que même si quelques éléments des critères posés par la CIM-10 sont présents, ils ne sont clairement pas majoritaires chez ce dernier. Il présente toutefois, selon l'expert, des traits accentués de sa personnalité avec une forte émotivité et une propension aux réactions impulsives, ne revêtant pas en eux-mêmes un caractère pathologique et ces réactions étant massivement amplifiées par l'effet de l'alcool. L'expert a encore exclu la présence d'un trouble somatoforme douloureux. Enfin, le Dr W. \_\_\_\_\_ expose clairement que l'assuré souffre essentiellement d'un problème d'alcoolisme primaire, non incapacitant au sens de la médecine des assurances en Suisse (cf. TF 9C\_123/2012 du 29 août 2012 consid. 4.2 et 4.3), dès lors qu'il n'a retenu aucune maladie du domaine psychiatrique et que la personnalité impulsive n'est pas pour elle-même à l'origine d'une incapacité de travail durable. L'expert a estimé que par conséquent, une nouvelle cure de désintoxication pour compléter le sevrage, avec par la suite une prise en charge alcoologique spécialisée était raisonnablement exigible, l'assuré disposant de suffisamment de ressources personnelles pour être en mesure de rester abstiné. Vu ce qui précède, les conclusions du Dr W. \_\_\_\_\_, selon lesquelles l'assuré ne présente aucune atteinte psychiatrique invalidante, mais avant tout une dépendance à l'alcool primaire, sont claires et convaincantes, l'expert ayant soigneusement distingué les différentes problématiques de l'assuré et évalué leur influence respective sur sa capacité de travail, tout en décrivant les interactions entre dépendance et comorbidité psychiatrique, comme l'exige la jurisprudence (cf. supra considérant 5b/aa). Elles doivent en conséquence être suivies. Enfin, la lettre circulaire n° 339 de l'OFAS, à laquelle se réfère le recourant, ne lie pas la Cour de céans étant donné qu'il s'agit d'une directive de l'administration (cf. TF 8C\_194/2014 du 4 février 2015 consid. 4.2). On rappellera également que le Tribunal cantonal des assurances apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c LPG, TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). Au demeurant, cette lettre-circulaire est postérieure à l'expertise réalisée par le Dr W. \_\_\_\_\_, de sorte qu'elle n'est pas déterminante pour celle-ci. 6. Vu ce qui précède, le recours est admis, la décision du 11 novembre 2015 annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision. Les frais judiciaires, fixés à 400 francs, sont mis à la charge de l'OAI qui

succombe (art. 69 al. 1bis LAI, art. 49 al. 1 LPA-VD). Le recourant, obtenant gain de cause, a le droit à l'allocation de dépens, dont le montant est fixé à 1'800 francs vu l'importance du litige (art. 61 let. g LPGA). Ce montant couvrant l'indemnité qui revient au défenseur d'office, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément cette indemnité (cf. art. 122 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] et art. 4 RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 11 novembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision. III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P.\_\_\_\_\_ 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Procap Service juridique (pour P.\_\_\_\_\_), à Bienne, ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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