

## **VD\_GERICHTE ZD12.037105 vom 3. November 2014**

VD Tribunal cantonal, 2014-11-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD12.037105](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.037105)

FR: VD\_GERICHTE ZD12.037105 du 3 novembre 2014

IT: VD\_GERICHTE ZD12.037105 del 3 novembre 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

mai au 2 juin 2010 par les Drs I. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant auprès du Centre de psychiatrie MM. \_\_\_\_\_, retenant les diagnostics de dépendance à l'alcool, abstinent

- 10 - en environnement protégé, et d'état dépressif moyen sans symptômes somatiques ; - un compte-rendu du 23 août 2010 des Drs I. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ indiquant que l'assuré avait été hospitalisé sur un mode volontaire du 6 au 14 juillet 2010 en vue d'effectuer un nouveau sevrage et posant les diagnostics de dépendance à l'alcool, abstinent en milieu protégé, et de suspicion d'un trouble de la personnalité sans précision ; - un rapport du 11 novembre 2010 Drs II. \_\_\_\_\_, HH. \_\_\_\_\_ et JJ. \_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique, chef de clinique adjoint et médecin assistante au Service d'alcoologie de l'Unité hospitalière de DD. \_\_\_\_\_, signalant que l'intéressé avait été hospitalisé du 30 septembre au 20 octobre 2010, retenant un diagnostic de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent en milieu protégé, et expliquant que les difficultés évoquées par le patient sur le plan des relations interpersonnelles et du contrôle des pulsions entraînaient une souffrance cliniquement significative et étaient évocatrices d'un trouble de la personnalité ; - un rapport du 21 décembre 2010 des Drs NN. \_\_\_\_\_ et OO. \_\_\_\_\_, respectivement médecin chef et médecin assistant aux Etablissements [...] (ci-après : les Etablissements hospitaliers A. \_\_\_\_\_), indiquant que l'assuré avait séjourné dans l'Unité de soins intensifs du 19 au 20 novembre 2010 puis dans le Service de médecine du 19 au 24 novembre 2010 dans le cadre d'une demande de sevrage, le diagnostic principal retenu étant celui d'une alcoolisation aiguë ; - un rapport du 9 février 2011 des Drs D. \_\_\_\_\_, Etablissements hospitaliers A. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_, faisant mention d'une hospitalisation du 25 novembre au 25 décembre 2010 à l'Unité hospitalière de [...], mentionnant les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent dans un milieu protégé, ainsi que de trouble de la personnalité non spécifique avec des traits dépendants, et observant notamment que des tests neuropsychologiques

- 11 - demandés durant l'hospitalisation s'étaient révélés dans les normes, hormis une discrète tendance aux confabulations ; - un rapport du 7 avril 2011 des Drs PP. \_\_\_\_\_, QQ. \_\_\_\_\_ et SS. \_\_\_\_\_, respectivement médecin chef, chef de clinique et médecin assistante aux Etablissements hospitaliers A. \_\_\_\_\_, exposant que l'assuré avait été hospitalisé dans le Service de médecine du 15 au 19 mars 2011 en raison d'une hématémèse et d'un état dépressif, posant le diagnostic principal d'alcoolisation aiguë dans un contexte d'éthylisme chronique et signalant à titre de diagnostics secondaires notamment un trouble anxio-dépressif, une hépatopathie de probable origine alcoolique ainsi qu'une probable dépendance aux benzodiazépines ; - un rapport du 5 juillet 2011 consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale, aux termes duquel la radiologue BB. \_\_\_\_\_

concluait à un début d'atrophie corticale au niveau frontal et cérébelleux. Par rapport du 3 novembre 2011, le Dr CC.\_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant (interniste/généraliste), a signalé des diagnostics incapacitants sous forme de syndrome de dépendance à l'alcool, de troubles de la personnalité depuis 2009, d'état dépressif et d'atrophie corticale débutante aux niveaux frontal et cérébelleux depuis 2011. Il a précisé que l'assuré avait été mis sous Antabus depuis août 2011 et ne consommait plus d'alcool. Concernant les restrictions, le Dr CC.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'intéressé tolérait mal le stress professionnel et présentait des troubles de la concentration ainsi que des douleurs ostéoarticulaires diffuses particulièrement au niveau lombaire. Il a ajouté que l'activité de technicien agro-alimentaire exercée jusqu'alors n'était plus exigible et qu'une activité de type occupationnel était envisageable à 30%. Par avis médical du 23 novembre 2011, le Dr X.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a considéré qu'aucun fait nouveau n'était survenu depuis la décision de refus de prestations rendue le 13 septembre 2010 sur la base du rapport d'expertise

- 12 - psychiatrique du 15 juin 2010. Cela étant, il a conclu à l'absence d'atteinte à la santé au sens de la loi. En date du 10 janvier 2012, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations AI, considérant que l'incapacité de gain de l'intéressé était due avant tout à son alcoolisme si bien qu'il n'y avait pas d'invalidité au sens de la législation applicable. Par acte de son tuteur du 9 février 2012, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Il a fait valoir que son incapacité de gain était due principalement à un état dépressif permanent et que la prise d'alcool n'était qu'une conséquence de la dépression. A cet égard, il s'est prévalu d'une attestation médicale établie le 6 février 2012 par la Dresse P.\_\_\_\_\_. Dans ce document, cette psychiatre certifiait que l'intéressé était suivi à sa consultation depuis le 27 avril 2010, qu'il présentait un état dépressif récurrent, qu'il avait recours à l'alcool dans un but anxiolytique pour se remonter le moral, qu'il avait fait des efforts pour maintenir son abstinence depuis son séjour en institution mais que son état restait très fragile et que le risque d'une nouvelle décompensation dépressive n'était pas à écarter, la prise en charge psychiatrique ayant ainsi été intensifiée ces dernières années, avec plusieurs changements de traitements. Dès le mois de mai 2012, l'assuré a été pris en charge par l'institution L'UU.\_\_\_\_\_, en provenance de L'YY.\_\_\_\_\_. Par avis médical du 21 juin 2012, les Drs Y.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, du SMR, ont considéré que l'argumentation avancée dans l'écriture du 9 décembre 2012 n'était pas corroborée par l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ et que l'attestation de la psychiatre traitante du 6 février 2012 n'apportait pas d'élément médical nouveau. Ils ont dès lors retenu qu'en l'état du dossier, les conclusions du SMR – selon lesquelles la capacité de travail était entière dans toute activité, théoriquement depuis toujours, sans limitation fonctionnelle durable justifiée – ne pouvaient être modifiées.

- 13 - Par décision du 17 août 2012, l'OAI a confirmé son projet du 10 janvier précédent, dont il a repris la motivation. Par lettre explicative du même jour, l'office a renvoyé au rapport d'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ du 15 juin 2010. F. Agissant par le biais de son tuteur, M.\_\_\_\_\_ a recouru le 12 septembre 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et, sur le fond, à la réforme de la décision entreprise dans le sens des conclusions de cette expertise. Par mémoire complémentaire du 11 octobre 2012 rédigé par son conseil juridique, le recourant a maintenu sa requête préalable tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et demandé l'annulation de

la décision querellée avec renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision conforme aux conclusions de cette expertise. En substance, le recourant se prévaut d'un rapport du 15 septembre 2012 de la Dresse P. \_\_\_\_\_, étant précisé que si ce rapport ne fait certes pas mention d'une péjoration des problèmes de santé depuis la décision du 13 septembre 2010, il doit néanmoins être considéré comme un moyen de preuve nouveau sous l'angle de la révision procédurale. On extrait ce qui suit de ce compte-rendu : "1. Par rapport à la situation de juin 2010, le niveau de consommation d'alcool de M. M. \_\_\_\_\_ a été d'abord instable suite aux différents événements survenus dans sa vie, mais actuellement elle a beaucoup diminué. Il a bénéficié d'un traitement aversif (Antabus) actuellement toujours en vigueur et arrive globalement à maintenir son abstinence. [...] 2. Concernant ses consommations d'alcool, il n'y a pas d'alcoolisation au long cours ou d'alcoolisme par habitude. Sa consommation est plutôt une éthyliation par automédication de mal-être et d'angoisse. Ceci relève du domaine émotionnel, la consommation étant en relation avec un état affectif négatif (dépression, anxiété, ennui, colère). Il y a de sa part une prise de conscience de sa problématique. Il arrive à mieux structurer ses journées et à participer à des ateliers et à des groupes de travail afin de consolider son abstinence. Il fait de gros efforts pour gérer ses consommations et maintenir l'abstinence, mais sa fragilité psychique et sa vulnérabilité sont

- 14 - encore présentes. Mais il a pris du recul par rapport à son problème d'alcool, arrivant à maîtriser son propre fonctionnement dans sa vie quotidienne. Aucune rechute n'a pu être constatée depuis sa dernière hospitalisation [...] qui date du 01.03 au 18.04.2012. Les diagnostics retenus sont : a. Trouble dépressif récurrent (F33) compte tenu de la survenue répétée d'épisodes dépressifs d'intensité et de durée variable. Les épisodes dépressifs sont souvent déclenchés par des événements stressants. Il bénéficie d'un traitement antidépresseur [...] en raison de ses angoisses. L'alcool est le remède de son malaise existentiel. Dans cette recherche de soulagement d'une tension nerveuse insupportable, il a recours à l'alcool, et les dépendances physique et psychique se sont installées. Il cherche le soulagement de l'anxiété, mais aussi la levée temporaire de ses inhibitions, l'alcool permettant d'échapper au stress, d'apaiser ses malaises et sa souffrance psychologique et de créer une libération artificielle de ses inhibitions. Son trouble peut aussi être caractérisé par de courts épisodes marqués par une élévation de l'humeur et par une légère augmentation de l'activité répondant aux critères d'une hypomanie (F30.0) après un épisode dépressif. Chez M. M. \_\_\_\_\_, ces périodes ont été marquées par des surinvestissements dans des activités de bénévolat ou dans la recherche intensive de travail, activités qui se sont soldées par des échecs et par des rechutes de consommation d'alcool. Suite à l'instabilité de son humeur et à ses tendances dépressives, un traitement stabilisateur de l'humeur a été introduit [...]. b. Trouble mixte de la personnalité (dépendante, anxieuse, narcissique et émotionnellement labile type impulsif) (F61.0) Concernant sa personnalité de dépendance et de crainte d'isolement dans sa vie, ce trait de caractère a été relevé par les institutions soignantes, ayant passé 95% de son temps en institution depuis mai 2010. A noter également une intolérance à la frustration liée à une certaine impulsivité, un sentiment d'insécurité, de l'anxiété et des difficultés à affronter les problèmes. On constate chez lui une grande vulnérabilité et une fragilité psychique et non un manque de volonté. Il est vite déstabilisé et éprouve des émotions très pénibles dans certaines circonstances (séparation, conflit, échec). c. Syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé et sous Antabus (F10.21 et F10.23) Conclusion Ayant été hospitalisé à 5 reprises en milieu psychiatrique pour état dépressif et alcoolisme, la dernière

hospitalisation datant du 01.03 au 18.04.2012, M. M.\_\_\_\_\_ bénéficie d'un traitement antidépresseur et d'un anxiolytique. Ses rechutes de consommation

- 15 - d'alcool sont à mettre en relation avec ses troubles de l'humeur (en particulier sentiment de rejet, d'abandon, de mal-être profond, d'impuissance). Il gère mal ses émotions et utilise l'alcool comme anxiolytique. Son alcoolisation est souvent solitaire, honteuse, secrète et culpabilisante, lui permettant d'échapper au stress et d'apaiser son malaise psychologique. Selon moi, il ne s'agit pas d'alcoolisme primaire caractérisé par la perte de contrôle des quantités absorbées en dehors des facteurs de stress. Ses consommations ne sont pas excessives ni quotidiennes et il ne se trouve pas dans l'incapacité de s'abstenir de boire. Il n'y a pas de désir obsédant de boire, pouvant prendre le pas sur tous les autres projets. Mais il s'agit d'un alcoolisme secondaire chez un patient ayant antérieurement à son alcoolisme un trouble mental avéré, à savoir un état dépressif et une personnalité pathologique. [...] En maintenant un cadre strict tout en organisant des mesures de réinsertion professionnelle et un suivi psychothérapeutique régulier, le pronostic quant à l'évolution de l'état de santé psychique de M. M.\_\_\_\_\_ me semble favorable du fait de sa prise de conscience et de ses efforts consentis jusqu'ici. Mais seul, il est incapable d'entreprendre des démarches et est vite déstabilisé par les facteurs de stress. C'est pourquoi dans son état actuel, ses recherches d'emploi sont selon moi vouées à l'échec, sa situation nécessitant un accompagnement par une mesure de réinsertion professionnelle." Dans sa réponse du 13 novembre 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'OAI estime en particulier que l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître pleine valeur probante et que le dossier est complet sous l'angle médical, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique n'étant pas nécessaire. Concernant le rapport de la Dresse P.\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2012, l'office se réfère à un avis médical SMR des Drs Y.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ du 31 octobre 2012, considérant en substance que la psychiatre traitante prend le contre-pied de l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ sans étayer sa position de sorte qu'en l'état du dossier, la conclusion d'une dépendance primaire à l'alcool demeure inchangée. Aux termes de sa réplique du 2 janvier 2013, le recourant persiste dans ses conclusions et produit un rapport de la Dresse P.\_\_\_\_\_ du 29 décembre 2012, libellé comme suit : "[L'assuré] souffre d'une dépression récurrente de degré variable depuis plusieurs années ayant entraîné de multiples hospitalisations

- 16 - en milieu psychiatrique. Suite à son mal-être profond et à ses angoisses, il a développé un alcoolisme secondaire. Ses divers troubles ont été à l'origine de son instabilité relationnelle et professionnelle, notamment des pensées et des émotions négatives qu'il entretient par rapport à son entourage et à lui-même. Lors de ses périodes dépressives, on observe : • une tendance au retrait social • une diminution globale des performances • une incapacité à répondre aux exigences de la vie en société • une perte de volonté Ces troubles conduisent à une désinsertion sociale croissante accompagnée d'une inactivité et une absence de projets, ainsi qu'à un manque de soins apportés à sa personne. On note également plusieurs types de fatigue: • une fatigue physique marquée par une perte chronique d'énergie • une fatigue émotionnelle caractérisée par des sentiments de découragement, d'impuissance et de détresse • une fatigue mentale marquée par une attitude négative vis-à-vis du travail et de la vie en général et vis-à-vis de lui-même, se considérant comme incompetent et incapable et nourrissant un sentiment d'impuissance se traduisant par une baisse de la concentration et de l'attention. Ces fatigues sont causées par les soucis et les tensions générés par sa vie personnelle et professionnelle. Comme conséquence, on

observe: • une incapacité à assumer les responsabilités et les contraintes d'un travail • des difficultés à assumer une journée de travail • des retards dans ses activités • un manque de motivation pour la vie professionnelle qui s'étend également à la vie personnelle  
Concernant sa personnalité, je retiens le diagnostic de troubles de la personnalité mixte (impulsive et dépendante). On observe ainsi bon nombre de critères diagnostiques de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30), tels qu'une instabilité émotionnelle, un manque de contrôle des impulsions ainsi qu'une faible tolérance à la frustration. Ceci explique ses différentes hospitalisations aux soins intensifs de l'Hôpital d'E. \_\_\_\_\_ suite à des consommations abusives d'alcool avec des prises médicamenteuses. Quant à sa personnalité dépendante (F60.7), on note un sentiment de malaise ou d'impuissance quand il est seul en raison d'une peur excessive de ne pouvoir se prendre en charge seul, ainsi qu'une préoccupation liée à la peur d'être abandonné par la personne avec laquelle il entretient une relation proche, et de se retrouver ainsi livré à lui-même. Ces troubles peuvent réduire ses capacités de tolérance à la frustration, augmenter son niveau d'impulsivité, diminuer ses capacités d'autocontrôle et favoriser l'apparition d'un état de stress conduisant à des actes autoagressifs (consommation abusive d'alcool).

- 17 - M. M. \_\_\_\_\_ a entrepris différentes démarches pour trouver une activité occupationnelle dans le but de rechercher une revalorisation et de combler son vide intérieur. Mais comme il ne se sent pas capable de se débrouiller seul, il demande de l'aide, car ses troubles de la personnalité ont pour conséquence une instabilité dans tous les domaines de sa vie, instabilité qu'il ne parvient pas à gérer seul et qui est encore aggravée par la désinhibition qu'implique sa consommation d'alcool. En conclusion, sa principale difficulté n'est pas liée à son problème éthylique qui est secondaire, mais à sa dépression récurrente et à ses troubles de la personnalité. Actuellement, il est abstinent, mais son état psychique reste fragile. Compte tenu de sa vulnérabilité, son état nécessite à mon avis l'aide de l'office AI pour une activité adaptée à son état psychique." Dupliquant le 22 janvier 2013, l'intimé maintient sa position et se réfère à un avis médical SMR du Dr Y. \_\_\_\_\_ du 16 janvier précédent. Dans cet avis, ce médecin renvoie d'une part à l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ concernant la nature primaire de la dépendance à l'alcool du recourant. Il précise d'autre part que le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne peut être retenu dans la mesure où l'anamnèse ne permet pas d'identifier des épisodes dépressifs antérieurs, les hospitalisations de 2004 à 2008 ayant été motivées par des décompensations alcooliques et non par des épisodes dépressifs. Le Dr Y. \_\_\_\_\_ retient finalement que le rapport de la psychiatre traitante du 29 décembre 2012 ne contient aucun élément objectif nouveau susceptible de modifier l'appréciation du SMR. Par acte du 20 février 2013, le recourant produit un compte- rendu établi le 11 février 2013 par la Dresse P. \_\_\_\_\_. Cette dernière y indique n'avoir aucun autre élément à apporter pour démontrer l'existence d'un alcoolisme secondaire et d'une dépression récurrente ; elle précise également que l'intéressé a entamé des cours pour devenir formateur d'adultes en langue française. Dans un écrit du 18 mars 2013, l'intimé maintient son point de vue. G. Une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès du Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport

- 18 - du 20 janvier 2014, l'expert écarte le diagnostic de trouble de la personnalité pour les motifs suivants: "TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ (F 60) [...] CRITERE DEFINITION OBSERVATIONS pour la personne en question G1 Déviation extrême ou

significative des perceptions, pensées ou conduites par rapport à des attitudes culturellement attendues et acceptées (normes) Manifestations dans au moins deux des domaines suivants : (1) Cognitions Pas de déviation significative (2) Affectivité Pas de déviation significative (3) Contrôle impulsion et satisfaction des Diminution de contrôle de besoins boire à partir d'un certain moment dans sa vie adulte (4) Interaction avec les autres Pas de déviation significative G2 La déviation doit être profondément Ce n'est pas le cas enracinée et se manifester par une conduite rigide, inadaptée ou dysfonctionnelle lors [de] situations personnelles et sociales très variées G3 Souffrance personnelle ou impact nuisible Souffrance personnelle par sur environnement social ou les deux lié à périodes déviation définie en G2 G4 Indices que déviation stable et durable Non, il n'y a pas d'indice ayant débuté fin de l'enfance ou dans ce sens adolescence (persistance à l'âge adulte) G5 La déviation ne peut pas se réduire à Pas de déviation manifestant / conséquence d'autre[s] significative troubles mentaux de l'adulte G6 Maladie, lésion ou dysfonctionnement Point caduque cerveau exclus comme cause possible de la déviation Critères Dégradation du fonctionnement Non annexes professionnel ou social en lien avec la déviation Identité perturbée Non Hospitalisation en lien avec déviation Non, les hospitalisations étaient en lien avec le problème d'alcool Démêlées avec la justice et infractions en Non lien avec la problématique Diminution de la responsabilité civile et de Oui, mais en lien avec les la conduite en tant que citoyen (evt. conséquences de la Curatelle, tutelle) consommation d'alcool Il se confirme donc ici la notion d'une absence de trouble de personnalité dans le sens clinique du terme, notion qui a été amenée à de multiples reprises par les médecins qui se sont occupés de M. M. \_\_\_\_\_ et qui ont écrit des rapports. Ce qui est issu de la structuration de la personnalité peut de ce fait uniquement être nommé « traits accentués de personnalité » et a une valeur clinique relative. Théoriquement entre encore en considération la notion d'une modification de personnalité après maladie psychiatrique, mais ce qui est contredit par le fait que l'assuré est amélioré significativement après traitement. [...]

- 19 - Remarquons encore dans ce contexte que maintenant, où l'assuré est en abstinence prolongée, en voie de réinsertion sociale, nous n'avons pas constaté de traits d'une personnalité perturbée. Elle était à tout point de vue proche de la normalité. [...] Ce qui n'empêche pas qu'une certaine fragilité persiste avec tout ce qu'il a traversé et le fait qu'il est dans une sorte de reconstruction identitaire. [...]" Concernant le diagnostic de trouble dépressif, il expose ce qui suit : "TROUBLE DÉPRESSIF (F 32) [...] CRITERE DEFINITION OBSERVATIONS pour la personne en question B1 Abaissement de l'humeur (tristesse), Ce n'est pas le cas humeur dépressive, inhabituel, à degré nettement anormal, toute la journée, presque chaque jour, dans une large mesure sans influence des circonstances, persistant au moins pendant 2 semaines [...] B2 Diminution constante et marquée de Non, différents intérêts et l'intérêt et du plaisir pour des activités ouvertures existent auparavant agréables [...] B3 Perte de l'énergie, grande fatigabilité, Ce n'est pas le cas diminution nette des activités habituelles [...] C1 Perte de l'estime de soi et de la Diminution de la confiance en confiance en soi soi, actuellement processus de [...] réinvestissement personnel C2 Sentiments injustifiés de culpabilité ; Sentiments de culpabilité en culpabilité excessive ou inappropriée lien avec sentiment d'inutilité [...] C3 Pensées récurrentes de mort ou idées Non suicidaires ; comportement suicidaire [...] C4 Diminution aptitude à penser ou à se Non concentrer [...] C5 Modification psychomotricité ; agitation Non ou ralentissement (signalée ou observée) [...] C6 Perturbation du sommeil importante Non C7 Modification appétit (diminution ou Non augmentation) avec variation

pondérale correspondante [...] Classification des dépressions selon gravité  
Dépression légère 2 critères B Total au moins 4  
Dépression moyenne 2 critères B Total au moins 6  
Dépression grave 3 critères B Total au moins 8  
Résumé, conclusions : Absence de dépression clinique

- 20 - On s'aperçoit ici avec clarté que nous sommes en face d'un état bien compensé. Comme pour beaucoup de patients de la pratique quotidienne, un traitement appliqué aide justement à trouver un meilleur équilibre et de meilleures défenses. Le choix de l'antidépresseur est assez judicieux car il a des vertus anti anxieuses indirectes et peut être souvent utilisé comme seul médicament pour une problématique anxio-dépressive mixte. Indirectement, ce constat confirme donc qu'il s'agit chez l'expertisé en question, d'une problématique de moyenne à légère importance, accessible au traitement. De ce fait, nous excluons formellement d'une part la notion d'un état dépressif sévère (diagnostiqué par son médecin psychiatre traitant) ainsi que la notion d'une résistance au traitement." L'expert apporte par ailleurs les explications suivantes : "En ce qui concerne le passé psychique de l'assuré, il y a tout d'abord une notion d'abus sexuel qui a apparu dans le dossier et dans l'argumentation. Il s'agit d'un événement de transgression d'un curé sous forme de caresses à l'âge de 7 ans mais que le jeune garçon a pu ensuite éviter. Il y a ensuite notion d'un garçon timide, renfermé, complexé, plus tard d'un mal-être d'adolescent, mal dans sa peau, angoissé, etc. Tout ceci ne peut pas être mis en question mais appartient à des facteurs non spécifiques ou peu spécifiques. De tels états ont été vécus par des millions de jeunes et font partie des différents stades d'évolution. On ne peut en aucun cas les transformer en diagnostic psychiatrique comme cela a été par exemple fait dans le terme de « phobie sociale ». A part le fait qu'il n'y a aucune preuve pour ce diagnostic, les critères mêmes de ce terme ne sont pas remplis et le parcours de vie de M. R. \_\_\_\_\_ contredit en soi l'impact clinique (si on voulait théoriquement retenir ce terme) d'un tel diagnostic. Il est bien possible aussi que, comme pour beaucoup d'autres personnes, à différents stades de sa vie professionnelle et sentimentale, l'assuré ait vécu des états anxieux, des moments d'instabilité, des appréhensions. Mais là aussi on se trouve dans une notion non spécifique, plutôt habituelle et toujours aussi accessible au traitement si souhaité. Or, toute la partie antérieure à 2003 ne montre pas de maladie psychiatrique proprement dite, pas d'atteinte, pas d'hospitalisation, pas de suivi par spécialiste, ni autre trace éventuellement dans ce sens. Il reste la question de l'alcool. Ici, M. M. \_\_\_\_\_ a bien décrit à plusieurs reprises à quel point la consommation de boissons alcoolisées faisait partie de son entourage culturel et familial en particulier. Tout le monde était élevé dans une tradition viticole, bière et vin étaient non seulement présents mais étaient donné[s] par les parents à différents moments. Que M. M. \_\_\_\_\_ ait découvert les vertus dé-stressantes de la boisson dans son adolescence et l'âge adulte est tout à fait normal, ordinaire, et il s'est très certainement créé une sorte de réflexe conditionné lié à l'habitué précoce. La consommation de boissons alcoolisées était passive, facilitée, habituelle, répétée et a certainement ici-là aidé à

- 21 - dépasser [la] désinhibition et aussi des états anxieux mentionnés. Mais ceci n'a rien à voir avec le développement d'un alcoolisme sur base d'une maladie psychiatrique. De ce fait, il est pour nous très clair qu'il s'agit d'un alcoolisme primaire. L'assuré nous a décrit le déchaînement de cette problématique dans une direction pathologique, voire gravement pathologique, dans le contexte de son travail chez [...] entre 2002 et 2004. Il était ici affecté au contrôle des viandes fraîchement abattues et en partie dans une atmosphère d'abattoir, voire post abattoir. Il a décrit son dégoût, le stress dans cette situation et un contexte appelé

« pas sain ». Dans cette même période s'est rajoutée [...] la problématique conjugale. [...] une IRM cérébrale a été effectuée et qui a mis en évidence un début d'atrophie corticale. Ce résultat de 2011 est une sorte d'avertissement sérieux et peut-être l'expertisé a réalisé aussi avec cela que ses capacités mentales sont en déclin et qu'il est sérieusement menacé. Il s'agit d'un diagnostic non spécifique et pas encore irréversible. Comme dans d'autres situations comparables, l'assuré a ici récupéré avec et après l'abstinence prolongée. Il était depuis 2011 suivi d'une manière continue, encadrée, soutenue et maintenant en milieu semi-protégé. Visiblement cette démarche prolongée a porté des fruits à plusieurs niveaux. Il y a un rétablissement physique, psychique et social. En examen, nous n'avons pas constaté des troubles cognitifs majeurs (auparavant il y avait quelques traces). Nous ne disposons certes pas d'un outillage de neuropsychologue, mais au niveau de son fonctionnement basique, concentration, attention, maintien du focus, échange, structuration de la pensée et de l'expression, nous n'avons pas constaté de déviations significatives. [...] Dans le cas de M. M. \_\_\_\_\_, après maintenant deux ans d'arrêt de consommation, une récupération mentale, physique et sociale a eu lieu et, toujours sous condition d'une abstinence continue, le pronostic peut de ce fait être positif à tout point de vue. Ce qui persiste ce sont les traits anxieux, en fin de compte assez peu spécifiques. L'assuré nous a décrit quelques crises de panique, de fréquences irrégulières et contextuelles pour lesquelles il n'utilise même pas un anxiolytique d'urgence ou d'autres mesures comportementales. Il existe aussi quelques contradictions notamment dans le fait que l'assuré nous a dit pouvoir facilement parler en public, d'être vraiment à l'aise dans l'enseignement, éléments peu compatibles avec un anxieux profond. Il pourrait cependant être admis qu'il développe pour toute nouvelle situation, ou situation particulièrement stressante, une anxiété accentuée dans un premier temps, nécessitant un temps d'adaptation et d'abaissement de l'anxiété. Il nous a évoqué la dégressivité de l'anxiété en anamnèse où nous l'avons vu ici en observation directe. Il ressemble donc à beaucoup de personnes avec une tendance anxieuse, mais on est très loin d'un aspect invalidant. En résumé et pour l'ensemble de nos réflexions et pondérations, on peut donc constater : 1. Il n'existe pas de maladie psychiatrique grave, irrécupérable, non influençable et invalidante.

- 22 - 2. Des états anxio-dépressifs ont existé dans le passé, ils étaient à intensité fluctuante et influençables positivement avec une médication appropriée. 3. Il n'y a pas de maladie de la personnalité, uniquement des traits accentués de personnalité. 4. L'alcoolisme est de caractère primaire, il a pris énormément d'ampleur dans le contexte de perturbations professionnelles et sentimentales mixtes et il est maintenant, avec abstinence prolongée et contrôlée, en voie de nette amélioration. Comme tout alcoolique véritable, l'assuré restera sensible à la consommation de substances alcoolisées jusqu'à la fin de ses jours et un travail de conscientisation permanent est nécessaire. VIII. Diagnostic et conclusions : Avec l'ensemble des éléments discutés, ainsi que nos analyses effectuées et après pondération de tous les éléments, nous retenons sur le plan diagnostique et psychiatrique actuellement : 1. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent, dans un environnement protégé (F10.21), et - prenant actuellement des médicaments aversifs (F10.23), 2. Trouble anxieux et dépressif mixte, d'intensité fluctuante, relativement bien compensé actuellement (F41.2), 3. Accentuation de certains traits de personnalité, ici avec tendance anxieuse - évitante, immature et défensive (Z73.1). Comme décrit ci-dessus en détail, la problématique de l'alcool est actuellement très bien maîtrisée et compensée, l'assuré est en voie de réinsertion sociale. Vu le fait que dans beaucoup de documents antérieurs il y a eu mention parallèle entre trouble anxieux et

trouble dépressif, vu qu'effectivement ces pathologie[s] sont souvent associées, vu aussi qu'il y a ni pour le côté dépression, ni pour le côté anxiété une atteinte indépendante grave n'a été constatée, nous avons opté pour la terminologie mixte du diagnostic N° 2. Le trouble est au stade actuel avec la médication appliquée très bien stabilisé, de même le côté fluctuation. Quant au parcours médico-théorique, en dehors de l'atteinte par l'alcool on peut faire juste une approximation très provisoire et sous précaution du fait que nous n'avons pas vu et analysé M. M. \_\_\_\_\_ auparavant. On pourrait dans ce sens, à la limite, formuler que dans la phase des grosses perturbations de 2002, 2003 et 2004, l'assuré aurait eu besoin d'un suivi continu, d'une médication appropriée et appliquée et qu'il y aurait eu très probablement une chance réelle de se rétablir après une période entre neuf mois et deux ans. Nous formulons ceci en analogie à d'autres situations cliniques comparables. L'assuré aurait pu changer de travail pour trouver une autre application de ses connaissances et expériences professionnelles. Rien n'empêche de penser qu'il aurait pu trouver un épanouissement, et professionnel, et sentimental. Il fait aujourd'hui le choix de s'orienter ailleurs, ce qui lui appartient. Demandé de nous prononcer sur la capacité de travail médico-théorique, on peut seulement formuler qu'elle est, en dehors de

- 23 - l'atteinte par l'alcoolisme, entière depuis un bon moment (au plus tard deux ans après la période des perturbations mentionnées)." Concernant les questions posées par le recourant, le Dr R. \_\_\_\_\_ indique ce qui suit : "3. Dans quelle mesure l'état de santé de M. M. \_\_\_\_\_ s'est-il modifié depuis le mois de juin 2010, date depuis laquelle l'assuré a réussi à maintenir une relative abstinence, en milieu protégé ? Réponse : A tous points de vue, nous avons constaté une amélioration de la situation psychique, physique et sociale. 4. En cas de trouble(s) psychique(s), quel est le degré et la gravité de ceux-ci, et à quelle date remontent-ils ? Réponse : L'état psychique de l'assuré était très probablement (nous n'avons rétroactivement pas de certitude) très perturbé durant la période 2003 - 2004. Des mesures thérapeutiques ont été mises en place mais n'ont pas été suivies ou seulement en partie, ou par intermittence. Très probablement l'état de l'assuré était perturbé de manière plus grave qu'un simple trouble de l'adaptation ; de ce fait nous avons du point de vue médico-théorique retenu un laps de temps d'au moins une année, voire deux ans pour rétablissement. Cette appréciation fait abstraction de l'alcoolisme. 5. En cas de trouble(s) psychique(s), en existe-t-il qui ressortent de la dépendance à l'alcool ? Si oui, dans quelle mesure la dépendance constatée a-t-elle pu conduire aux autres troubles psychiques ou dans quelle mesure la dépendance résulte-t-elle de ces autres troubles psychiques ? Réponse : Nous avons décrit en détail pour quelles raisons l'alcoolisme est à considérer comme primaire. La dépendance a probablement conduit à son sommet à des troubles cognitifs modérés et qui sont, avec l'abstinence, en recul. La dépendance ne résulte pas d'autre trouble psychique. 6. En cas de trouble(s) psychique(s), une amélioration de l'état de santé de M. M. \_\_\_\_\_ serait-elle envisageable ? Si oui, quel traitement pourrait concourir à cette amélioration ? Réponse : Une amélioration de l'état de santé de M. M. \_\_\_\_\_ a été constatée. Il s'agit au stade actuel de poursuivre tous les efforts thérapeutiques. 7. Compte tenu de l'ensemble des diagnostics psychiatriques, l'assuré pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si oui, à quel taux et depuis quand ? Réponse : Oui, nous avons fait ci-dessus une évaluation médico- théorique ; en dehors de l'atteinte par l'alcoolisme, la capacité de travail a été rétablie au plus tard deux ans après la période perturbée de 2004.

- 24 - 8. Dans le cas d'une incapacité de travail du point de vue psychiatrique, quelles seraient les limitations fonctionnelles auxquelles serait confronté l'assuré ? Réponse : Il

existe au stade actuel des sensibilités anxieuses susceptibles de s'exacerber momentanément en situation de confrontation ou de stress majeur, ensuite à caractère dégressif." Il fournit en outre les réponses suivantes aux questions de l'intimé : "A. Questions cliniques [...] 4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10) 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? Réponse : Néant 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? Réponse : 1. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent, dans un environnement protégé (F10.21), et - prenant actuellement des médicaments aversifs (F10.23), 2. Trouble anxieux et dépressif mixte, d'intensité fluctuante, relativement bien compensé actuellement (F41.2), 3. Accentuation de certains traits de personnalité, ici avec tendance anxieuse - évitante, immature et défensive (Z73.1). [...] B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Au plan physique Réponse : Veuillez-vous référer aux données somatiques Au plan psychique et mental Réponse : Pas de limitations significatives en dehors des problèmes engendrés par l'alcoolisme Au plan social Réponse : Pas de limitations significatives en dehors des problèmes engendrés par l'alcoolisme 2. Influence des troubles sur la capacité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? Réponse : Pas de troubles significatifs

- 25 - 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ? Réponse : Elle est entière 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Réponse : Théoriquement oui 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Réponse : Non 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? Réponse : Nous avons analysé qu'il y avait une période perturbée entre 2002 et 2004 avec impact sur la capacité de travail 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Réponse : Amélioration 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Réponse : Oui C. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants : - la possibilité de s'habituer à un rythme de travail - l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social - la mobilisation des ressources existantes Réponse : De telles mesures sont en cours en lien avec le dépassement du problème d'alcool 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? 2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) Réponse : Pas nécessaire en dehors du problème d'alcool [...] 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ? 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une nouvelle activité ? Réponse : Oui, l'assuré peut assumer toutes les activités accessibles avec ses formations et expériences professionnelles 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ? Réponse : Plein temps 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

- 26 - Réponse : Non 3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ? Réponse : Depuis la fin des perturbations de 2004 [...]" H. Prenant position le 12 février 2014, l'intimé se réfère à un avis médical des Drs Y. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, du SMR, aux termes duquel ses médecins se rallient à l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ confirmant les conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_. Se déterminant le 12 mars 2014, le recourant se prévaut des

documents suivants : - un compte-rendu d'évaluation en atelier établi le 21 février 2014 par les intervenants de UU.\_\_\_\_\_, indiquant qu'au cours de la période analysée du 1er janvier au 17 février 2014, l'assuré s'est montré à l'aise dans un travail dynamique de conditionnement en atelier ou de gestion administrative, sans avoir plus de un à deux travaux à gérer en même temps, et qu'en ce sens le cadre protégé lui convient parfaitement. Les intervenants précisent toutefois qu'ils ne verraient pas l'assuré reprendre une activité à 100% dans la mesure où il a été observé que les activités contraignantes peuvent apporter une tension qui ne lui convient pas du tout, les conséquences de ces éléments pouvant mettre en danger sa santé psychique ; - un rapport du 10 mars 2014 de la Dresse P.\_\_\_\_\_, libellé comme suit : "[L'assuré] souffre d'une maladie psychiatrique, un trouble dépressif récurrent, caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs moyens à sévères. Ces épisodes sont souvent déclenchés par des événements stressants. Entre ces épisodes, il ne présente aucun symptôme dépressif, mais reste très sensible et vulnérable, ce qui explique sa personnalité anxieuse et dépendants. L'amélioration de son état actuel est à mettre en relation avec l'accompagnement multidisciplinaire, le suivi psychothérapeutique et le traitement médicamenteux dont il bénéficie depuis 4 ans.

- 27 - Son alcoolisme est secondaire et a débuté vers 43 ans suite au stress professionnel et à des conflits conjugaux, alcoolisme utilisé comme anxiolytique pour anesthésier sa souffrance quand il est dans un état de détresse psychologique. Son trajet de vie actuel montre la nature et la sévérité de la pathologie constatée et les limitations fonctionnelle observées sur le plan psychique. Sur le plan professionnel, l'exercice de ses anciennes activités est devenu, selon moi, impossible en raison d'une rechute dépressive ou d'une aggravation de son état que de telles activité pourraient provoquer en cas de stress. Seule une activité adaptée à son état psychique actuel me semble possible, et ceci à un taux de 50%. [...] En raison de sa fragilité et de sa vulnérabilité psychique, il y a actuellement, selon moi, une baisse de son rendement, ce qui nécessite un encadrement accru. Sa capacité de travail n'augmente pas en raison d'une évolution ne montrant pas l'amélioration psychique attendue." Par acte du 7 avril 2014, l'OAI renvoie un avis médical SMR du 27 mars 2014 des Drs Y.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, aux termes duquel ces derniers maintiennent leur appréciation. S'agissant du rapport d'évaluation de L'UU.\_\_\_\_\_, ils soulignent qu'il ne s'agit pas d'un document médical, que si les intervenants de cette institution ne voient pas l'assuré reprendre une activité à 100%, ils ne disent toutefois pas que l'intéressé est totalement incapable de travail, et que le risque de mise en danger de la santé mentale ne repose pas sur des arguments médicaux ; de l'avis des médecins du SMR, il est toutefois clair qu'après une incapacité de 6 ans, il faudra compter avec un déconditionnement physique et psychique pouvant expliquer une diminution de rendement les trois premiers mois de la reprise. Concernant le rapport de la Dresse P.\_\_\_\_\_, ils observent que l'analyse de cette dernière est contredite par les conclusions des deux experts psychiatres précédemment intervenus. Par acte du 16 mai 2014, le recourant se réfère à ses précédentes écritures. E n d r o i t :

- 28 - 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le

recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). 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 et ATF 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'AI, à la suite de la nouvelle demande qu'il a déposée le 7 septembre 2011.

- 29 - 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA in fine). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c ; cf. TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 ; cf. TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

- 30 - c) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (cf. ATF 124 V 265 consid. 3c). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale

incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (cf. TFA I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités ; cf. également TF 9C\_706/2012 du 1er juillet 2013 consid. 3.2, 9C\_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2 et 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (cf. TF 9C\_395/2007

- 31 - précité consid. 2.4). Lorsqu'une toxicodépendance n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, on emploie parfois la terminologie d'affection "primaire", qui n'est pas constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale (cf. TF 9C\_219/2007 du 3 avril 2008 consid. 3). d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

- 32 - En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (cf. ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1 et TF 9C\_256/2011 du 23 novembre 2011 consid. 3.1). 4. Aux termes de l'art. 87 RAI (nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). Ces dispositions correspondent aux alinéas 3 et 4 de l'art. 87 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, c'est-à-dire encore au moment de la nouvelle demande déposée par l'assuré le 7 septembre 2011. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 68 consid. 5.2.3 et 117 V 200 consid. 4b avec les références ; cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007

- 33 - consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; cf. TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; cf. TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 et TF 9C\_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (cf. ATF 109 V 114 consid. 2b ; cf. TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence 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 (cf. ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence 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 ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en

- 34 - conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2). 5. En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la troisième demande de prestations de l'assuré déposée le 7 septembre 2011, qu'il a rejetée par décision du 17 août 2012 déniait le droit de l'intéressé à des prestations de l'AI. Il convient dès lors d'examiner si c'est à bon droit que ce refus a été prononcé. Il s'agit en d'autres termes de déterminer si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force – soit la décision du 13 septembre 2010 – et la décision litigieuse, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'AI. En revanche, c'est ici le lieu de souligner que l'on ne saurait, dans le présent contexte, revenir sur le bien-fondé de la décision de refus de prestations du 13 septembre 2010, qui est entrée en force. A cet égard, c'est en vain que, dans son mémoire complémentaire du 11 octobre 2012 (p. 5), le recourant s'est prévalu de l'art. 53 al. 1 LPGA concernant la révision procédurale (« Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant »). En effet, il ressort clairement du dossier que le recourant n'a à aucun moment déposé une requête dans ce sens auprès de l'autorité compétente – soit l'autorité ayant rendu la décision dont la révision est demandée (cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e édition, Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 21 ad art. 53 LPGA, p. 675) – mais que la décision du 17 août 2012 est bien intervenue à l'issue de la procédure de nouvelle demande introduite le 7 septembre 2011. On ajoutera qu'en tout état de cause, l'argumentation invoquée par le recourant sous l'angle de l'art. 53 al. 1 LPGA ne permettrait pas de modifier l'issue du litige (cf. consid. 5b/bb/aaa infra). a) La décision du 13 septembre 2010 était essentiellement fondée sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr K. \_\_\_\_\_ du 15 juin

- 35 - 2010. Aux termes de ce rapport, il était exposé que l'assuré ne présentait pas d'anxiété généralisée ou de trouble panique mais qu'il souffrait surtout d'une humeur labile, sans perte de l'intérêt ou du plaisir, ni attitude morose et pessimiste face à l'avenir. En l'absence d'idées ou d'actes auto-agressifs ou suicidaire, de perte marquée de l'appétit ou de diminution de la libido, le Dr K. \_\_\_\_\_ estimait ne pas pouvoir retenir l'existence d'un épisode dépressif. En outre, l'assuré ne présentait pas de déviation extrême ou significative des perceptions, des pensées, des sensation et des relations avec autrui, de sorte que le diagnostic de trouble de la personnalité devait lui aussi être écarté (cf. rapport d'expertise du 15 juin 2010 p. 14). En revanche, eu égard aux symptômes anxieux et dépressifs de l'assuré ainsi qu'à sa labilité émotionnelle qui s'inscrivaient dans le contexte d'une consommation d'alcool ayant débuté dès l'âge de 12 ans et s'étant amplifiée au fil du temps, l'expert posait le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance avec utilisation continue malgré un environnement protégé (cf. ibid. p. 15) – atteinte considérée comme dépourvue d'impact sur la capacité de travail (cf. ibid. p. 13). Le Dr K. \_\_\_\_\_ expliquait plus particulièrement que la dépendance à l'alcool existait depuis 1992 au plus tard et qu'en l'absence d'un

trouble psychique l'ayant déclenchée, il y avait lieu de qualifier cette dépendance de primaire. Cette addiction n'était ainsi ni la conséquence ni le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une incapacité de travail, ni à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique, ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif. Partant, un traitement de sevrage physique et psychique était exigible. Au final, l'expert K. \_\_\_\_\_ retenait que l'assuré ne souffrait d'aucune maladie psychiatrique justifiant une incapacité de travail de longue durée et que la capacité de travail exigible était entière au plan strictement psychiatrique dans toute activité respectant d'éventuelles limitations fonctionnelles somatiques (cf. *ibid.* p. 15). C'est sur la base de cette appréciation que la décision du 13 septembre 2010 a été rendue, niant le droit à des prestations de l'AI en

- 36 - l'absence de maladie psychiatrique justifiant une incapacité de travail de longue durée. b) Aux termes de la décision litigieuse, l'OAI s'est fondé sur l'avis des médecins du SMR (cf. avis médicaux des 23 novembre 2011 et

## **E. 21**

juin 2012) pour retenir que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié de manière significative depuis l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ et, corollairement, la décision de refus de prestations du 13 septembre 2010. Le recourant, pour sa part, s'est prévalu de l'avis de sa psychiatre traitante, la Dresse P. \_\_\_\_\_, pour faire valoir qu'il pouvait prétendre à des prestations de l'AI. Cela étant, aux fins d'éclaircir la situation sous l'angle psychiatrique, une expertise judiciaire a été réalisée par le Dr R. \_\_\_\_\_. aa) Dans son rapport d'expertise du 20 janvier 2014, l'expert R. \_\_\_\_\_ a expliqué que l'assuré ne souffrait d'aucune maladie psychiatrique grave, irrécupérable, non influençable et invalidante. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a signalé des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent dans un environnement protégé et prenant des médicaments aversifs, un trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité fluctuante relativement bien compensé actuellement, ainsi qu'une accentuation de certains traits de personnalité, ici avec tendance anxieuse-évitante, immature et défensive (cf. rapport d'expertise du 20 janvier 2014 p. 26). Il a en particulier observé qu'il n'y avait pas de trouble de la personnalité et que l'accentuation de certains traits de la personnalité revêtait une valeur clinique relative (cf. *ibid.* p. 22). Il a également constaté l'absence de dépression clinique, expliquant que la problématique du recourant – bien compensée – était de moyenne à légère importance et accessible au traitement (cf. *ibid.* p. 24). Il a encore précisé que des états anxio-dépressifs avaient existé dans le passé, d'intensité fluctuante et influençables positivement avec une médication appropriée. Au stade actuel, il a relevé qu'il existait des sensibilités

- 37 - anxieuses susceptibles de s'exacerber momentanément en situation de confrontation ou de stress majeur, ensuite à caractère dégressif ; l'assuré ressemblait à beaucoup de personnes avec une tendance anxieuse, mais on était très loin d'un aspect invalidant (cf. *ibid.* pp. 25 s. et 28). Le Dr R. \_\_\_\_\_ a par ailleurs expliqué que l'alcoolisme était de caractère primaire, ayant pris énormément d'ampleur dans le contexte de perturbations professionnelles et sentimentales mixtes mais étant désormais, avec abstinence prolongée et contrôlée, en voie de nette amélioration (cf. *ibid.* p. 26). Il a ajouté que la dépendance avait probablement conduit à son sommet à des troubles cognitifs modérés et qui étaient, avec l'abstinence, en recul, mais elle ne résultait pas d'autre trouble psychique (cf. *ibid.* p. 27). Dans l'ensemble, l'expert a constaté une amélioration de l'état de santé de l'assuré et

souligné qu'il s'agissait de poursuivre tous les efforts thérapeutiques (cf. *ibid.* p. 28). Tenant compte d'une phase de grosses perturbations entre 2002 et 2004, le Dr R. \_\_\_\_\_ a considéré que, depuis au plus tard deux ans après cette période, la capacité de travail médico-théorique pouvait être considérée comme entière, abstraction faite de la problématique alcoolique (cf. pp. 26 s. et 28). bb) En tant qu'elle ne retient aucune atteinte invalidante et conclut corrélativement à une pleine capacité de travail, l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ ne montre ainsi aucune altération défavorable et potentiellement incapacitante de l'état de santé du recourant depuis la précédente expertise du Dr K. \_\_\_\_\_, l'expert judiciaire ayant au contraire fait mention d'une amélioration. Tout au plus y a-t-il lieu de relever que la phase de grosses perturbations située par le Dr R. \_\_\_\_\_ entre 2002 et 2004 n'a pas à être discutée dans le cadre de la présente affaire, dont la seule finalité est de trancher la question d'une évolution significative des troubles de l'assuré depuis la décision de refus de prestations du 13 septembre 2010. A l'examen du dossier, on ne voit pas que les pièces en mains de la Cour de céans seraient susceptibles de faire douter des conclusions du Dr R. \_\_\_\_\_.

- 38 - aaa) A cet égard, le recourant se prévaut en vain de l'avis la Dresse P. \_\_\_\_\_. En premier lieu, force est de constater qu'à l'instar de l'expert judiciaire, cette dernière a observé une évolution favorable de la situation de l'assuré (cf. rapports des 15 septembre 2012 et 10 mars 2014), ce qui plaide à l'encontre d'une aggravation de l'état de santé de celui-ci depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force. Contrairement au Dr R. \_\_\_\_\_, la psychiatre traitante a certes admis l'existence d'un trouble dépressif récurrent, de troubles mixtes de la personnalité ainsi que d'une dépendance à l'alcool – avec abstinence en environnement protégé et sous Antabus – secondaire aux troubles psychiques (cf. rapports des 5 octobre 2011, 6 février 2012, 15 septembre 2012, 29 décembre 2012, 11 février 2013 et 10 mars 2014). Il n'en demeure pas moins que ces diagnostics ont fait l'objet d'une analyse sérieuse et circonstanciée de la part de l'expert judiciaire, qui s'en est distancié en expliquant notamment pourquoi l'existence d'une dépression clinique devait être niée et la problématique de l'assuré, de moyenne à légère importance, considérée comme compensée (cf. rapport d'expertise du 20 janvier 2014 p. 23 ss), pourquoi la présence d'un trouble de la personnalité devait être réfutée au profit d'une accentuation de certains traits de la personnalité (cf. *ibid.* p. 21 ss) et pourquoi l'alcoolisme présenté par l'assuré ne pouvait être qualifié que de primaire (cf. *ibid.* p.

#### **E. 24**

ss). Il apparaît en définitive que la Dresse P. \_\_\_\_\_ n'a fourni aucun élément médical concret susceptible de mettre en doute les conclusions du Dr R. \_\_\_\_\_ et qu'elle s'est limitée à exprimer une appréciation différente d'un même état de faits, ce qui ne saurait constituer un motif de révision suite à une nouvelle demande au sens de l'art. 87 RAI (cf. consid. 4 supra) – étant précisé que tel est également le cas sous l'angle de la révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA (cf. ATF 127 V 353 consid. 5b), quoi qu'en dise le recourant (cf. mémoire complémentaire du 11 octobre 2012 p. 5), de même que sous l'angle de la reconsidération au

- 39 - sens de l'art. 53 al. 2 LPGA (cf. TF 9C\_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3 ; cf. également TFA I 8/04 du 12 octobre 2005, in *Plädoyer* 2006/1 p. 64). L'avis de la psychiatre traitante incite d'autant plus à la réserve qu'il repose sur certaines approximations. Ainsi, cette praticienne a tout d'abord qualifié la personnalité du recourant de dépendante, anxieuse, narcissique et émotionnellement labile (cf. rapports des 5 octobre

2011 et 15 septembre 2012) puis d'impulsive et dépendante (cf. rapport du 29 décembre 2012), pour ensuite ne plus mentionner du tout cet aspect (cf. rapport du 11 février 2013), avant d'évoquer finalement une personnalité anxieuse et dépendante (cf. rapport du 10 mars 2014), sans qu'aucune explication ne soit fournie sur de telles variations. Par ailleurs, en se référant à « une dépression récurrente de degré variable depuis plusieurs années ayant entraîné de multiples hospitalisations en milieu psychiatrique » (cf. rapport du 29 décembre 2012), la Dresse P.\_\_\_\_\_ a de toute évidence fait abstraction des nombreuses pièces au dossier montrant que les hospitalisations de l'assuré ont avant tout été induites par une surconsommation d'alcool, ainsi que l'expert R.\_\_\_\_\_ a du reste pu le constater (cf. rapport d'expertise du 20 janvier 2014 p. 22) à l'instar du SMR (cf. avis du Dr Y.\_\_\_\_\_ du 16 janvier 2013). A cela s'ajoute que l'on peine à suivre la psychiatre traitante lorsqu'elle soutient que l'alcoolisme de l'assuré se serait installé suite à des problèmes psychiques antérieurs (cf. rapports des 15 septembre et 29 décembre 2012) et n'aurait débuté qu'à l'âge de 43 ans (cf. rapport du 10 mars 2014), soit en 2003, cela alors même que diverses pièces au dossier font état de problèmes d'alcool remontant à la naissance du premier enfant du recourant en 1985 voire en 1990, avec mise en œuvre d'un premier traitement par Antabus en 1992 déjà (cf. rapport de la Dresse EE.\_\_\_\_\_ du 17 janvier 2005, cf. demande de prestations AI du 23 mai 2006 ; cf. rapport d'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ du 15 juin 2010 pp. 6, 10 et 15). Quand bien même la période de 2002 à 2004 correspond certes à une phase d'exacerbation des troubles, ainsi qu'expliqué par l'expert R.\_\_\_\_\_ (cf. consid. 5b/aa/aaa supra), on ne saurait pour autant, comme la psychiatre traitante, faire abstraction des quelque dix années

- 40 - précédentes au cours desquelles l'intéressé présentait déjà des problèmes liés à sa consommation d'alcool. Pour l'ensemble de ces motifs, la Cour de céans ne saurait souscrire à l'appréciation médicale de la Dresse P.\_\_\_\_\_ ni, par voie de conséquence, à son évaluation de la capacité de travail du recourant initialement fixée à 30% dans une activité occupationnelle (cf. rapport du 5 octobre 2011) puis à 50% dans une activité adaptée sur le plan psychique (cf. rapport du 10 mars 2014), sans réelle motivation. Il y a donc lieu de privilégier les conclusions dûment étayées de l'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_.  
bbb) Quant aux divers comptes-rendus d'hospitalisation produits par la Dresse P.\_\_\_\_\_, ils ne témoignent pas d'une aggravation notable de la situation depuis la décision de refus de prestations du 13 septembre 2010. Si ces rapports abordent les problèmes d'alcool du recourant et se réfèrent à des diagnostics psychiatriques, ils ne contiennent toutefois aucune prise de position claire quant aux origines de l'addiction, ni aucune discussion approfondie à l'appui des troubles psychiques mentionnés. Du reste, l'ensemble des problématiques évoquées a été amplement discuté dans le rapport d'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_, que ce soit sous l'angle de la nature de l'alcoolisme ou sous l'angle des atteintes psychiques de l'assuré. Enfin, les médecins intervenus au cours des hospitalisations du recourant ne se sont guère prononcés concernant la capacité de travail de ce dernier. Ces comptes-rendus ne contiennent en définitive aucun indice mettant en doute les conclusions du Dr R.\_\_\_\_\_.  
ccc) Le même constat s'impose s'agissant du rapport du Dr CC.\_\_\_\_\_ du 3 novembre 2011. Ce médecin s'est en effet contenté de reprendre l'appréciation émise le 5 octobre 2011 par la Dresse P.\_\_\_\_\_, s'agissant tant des diagnostics retenus que de la capacité résiduelle de travail évaluée à 30% dans une activité occupationnelle – appréciation dont on a vu plus haut qu'elle n'emportait pas la conviction (cf. consid. 5b/bb/aaa supra). Pour le reste, le Dr CC.\_\_\_\_\_ n'a apporté aucun indice

- 41 - concret dans le sens d'une évolution significative de l'état de santé du recourant susceptible de se répercuter sur le droit aux prestations de l'AI. Son évaluation doit donc céder le pas devant celle du Dr R.\_\_\_\_\_. ddd) Peu importe enfin que, dans le cadre de l'atelier fréquenté par l'assuré à L'UU.\_\_\_\_\_, les intervenants de l'institution aient considéré, selon le rapport d'évaluation du 21 février 2014, qu'ils ne voyaient pas l'intéressé reprendre une activité à 100% dès lors que les activités contraignantes pouvaient apporter une tension qui ne lui convenait pas du tout, les conséquences de ces éléments pouvant mettre en danger sa santé psychique. On relèvera à cet égard que L'UU.\_\_\_\_\_ organise un stage en atelier afin de permettre aux résidents de (re)trouver un rythme de travail, une confiance en soi et une stabilité correspondant aux exigences de l'économie, sous l'encadrement d'un maître socioprofessionnel (cf. site internet www. UU.\_\_\_\_\_.ch > Atelier d'occupation, consulté le 9 septembre 2014). Même à admettre que l'intégration à un tel atelier puisse donner lieu à une observation professionnelle à proprement parler, il reste que ce dispositif n'a manifestement pas pour vocation de se prononcer sur l'état de santé du résident ou sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail. C'est en effet aux médecins qu'il appartient de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée (cf. TF 9C\_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 3 et TF 9C\_34/2008 du 7 octobre 2008 consid. 3, avec les références citées). Cela étant, on relèvera que dans le cas particulier, le rapport d'évaluation du 21 février 2014, qui n'a rien d'un document médical, ne signale aucun élément décisif dont l'expert R.\_\_\_\_\_ aurait omis de tenir compte, que le seul fait que les intervenants de L'UU.\_\_\_\_\_ ne voient pas l'assuré reprendre une activité à 100% ne signifie pas pour autant que ce dernier en serait objectivement incapable d'un point de vue médical et que, notamment, la soi-disant mise en danger de l'état de santé psychique en

- 42 - cas de reprise d'une activité – singulièrement d'une activité contraignante – ne repose sur aucune justification objective. Par ailleurs, il convient d'autant plus de nuancer la portée de ce rapport d'évaluation qu'il ne concerne qu'une période d'observation restreinte d'environ un mois et demi, soit du 1er janvier au 17 février 2014. Or, les médecins du SMR ont précisé qu'un certain déconditionnement physique et psychique était inévitable après six ans d'inactivité, raison pour laquelle ils ont du reste admis une période de transition avec une perte de rendement durant les trois premiers mois de reprise d'une activité (cf. avis médical du 27 mars 2014). A la lumière de l'ensemble de ces éléments, on ne peut que constater que le rapport d'évaluation du 21 février 2014 n'incite aucunement à s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_. cc) La Cour de céans retient dès lors qu'il ne se trouve au dossier aucun élément permettant de douter des conclusions de l'expert R.\_\_\_\_\_. Le rapport d'expertise du 20 janvier 2014 a par ailleurs été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes du recourant. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions dûment motivées. Cette expertise remplit par conséquent les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 4 supra). Dès lors, on retiendra sur cette base que, du point de vue psychiatrique, le recourant ne présente aucune atteinte à la santé susceptible d'entraver sa capacité de travail et de gain – étant précisé que s'il est indubitable que l'alcoolisme l'a conduit à une déchéance sociale prononcée, cet état ne saurait à ce stade être assimilé à une atteinte à la santé de caractère invalidant. En ce sens, son état

psychique n'a donc subi aucune modification notable depuis la précédente décision de refus de prestations du 13 septembre 2010. Partant, la position de l'intimé n'apparaît pas critiquable sous cet angle. c) Pour le surplus, l'absence de troubles incapacitants d'origine somatique n'est pas contestée par les parties.

- 43 - Par surabondance, même si ces questions ne sont pas sujettes à controverse, on notera d'une part qu'en ce qui concerne l'atrophie corticale révélée par l'IRM cérébrale du 5 juillet 2011, le Dr R. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il s'agissait là d'un diagnostic non spécifique et pas encore irréversible, l'assuré ayant récupéré avec et après l'abstinence prolongée d'alcool (cf. rapport d'expertise du 20 janvier 2014 p. 25). Notamment, bien que ne disposant pas d'un outillage de neuropsychologue, l'expert a précisé ne pas avoir constaté de déviations significatives sur ce plan (cf. ibid., loc. cit.), conclusion qui rejoint les résultats « dans les normes » obtenus à l'issue des tests neuropsychologiques pratiqués à la fin de l'année 2010 (cf. rapport du 9 février 2011 des Drs II. \_\_\_\_\_, HH. \_\_\_\_\_ et JJ. \_\_\_\_\_). En l'état, rien n'incite à s'écarter de cette appréciation. D'autre part, si l'assuré présente une hépatopathie probablement liée à ses problèmes de boisson (cf. rapports de la Dresse EE. \_\_\_\_\_ du 17 janvier 2005 [p. 1], des Drs PP. \_\_\_\_\_, QQ. \_\_\_\_\_ et SS. \_\_\_\_\_ du 7 avril 2011 et de la Dresse P. \_\_\_\_\_ du 5 octobre 2011), il ne résulte pas des avis médicaux au dossier que cette atteinte pourrait avoir à ce stade une quelconque incidence sur la capacité de travail de l'intéressé. d) En définitive, il apparaît qu'en rejetant par décision du 17 août 2012 la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 7 septembre 2011, l'OAI n'a pas agi de manière contraire au droit. 6. a) Vu ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 49

- 44 - al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu à allocation de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

- 45 -

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