

## VD\_GERICHTE ZD17.051793 vom 22. August 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-08-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD17.051793](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.051793)

FR: VD\_GERICHTE ZD17.051793 du 22 août 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD17.051793 del 22 agosto 2018

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 393/17 - 256/2018 ZD17.051793 CO UR DE S  
ASSURANCES S OCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 22 août 2018 \_\_\_\_\_ Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Dormond Béguelin et M. Küng, assesseurs Greffière : Mme Laurency \*\*\*\*\* Cause  
pendante entre : C. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, et OFFICE DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.  
\_\_\_\_\_ Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. C. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1957, titulaire  
d'un certificat de capacité fédéral de ferblantier et d'installateur sanitaire, a travaillé en tant  
que chauffeur de car auprès de la société M. \_\_\_\_\_ SA. L'assuré a déposé un premier  
formulaire de détection précoce le 20 novembre 2009 auprès de l'Office de  
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Selon les  
indications figurant dans le formulaire, il était en incapacité totale de travail depuis le 29  
octobre 2009 en raison d'un état anxio-dépressif, une consommation d'alcool à risque et des  
troubles hépatiques et neurologiques. Il a été hospitalisé à l'EMS [...] à [...] à la suite d'une  
mesure de placement à des fins d'assistance, ordonnée le 18 novembre 2009. Une nouvelle  
demande ayant pour objet l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle a été  
déposée le 17 septembre 2010, l'assuré faisant valoir les mêmes atteintes à la santé qu'en  
novembre 2009. Dans un rapport du 15 juin 2012, le Dr I. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant,  
spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics incapacitants de  
dépendance à l'alcool (abstinence dans un milieu protégé depuis 2008), dépendance à la  
codéine (abstinence depuis 2005) et trouble anxieux et dépressif mixte depuis environ dix  
ans. Le Dr I. \_\_\_\_\_ a noté chez son patient une apathie, une baisse de l'estime de soi, des  
tremblements et des crises d'angoisse surtout dans l'élaboration d'un projet et la recherche  
d'un travail. Une reprise de l'activité de travail adaptée était envisageable à 50 % dès le 1er  
juillet 2012, avec une augmentation progressive à 100 % dans un délai de six mois.

- 3 - Sur avis du 6 août 2012 du Service médical régional (ci-après : le SMR), une expertise  
médicale a été confiée au Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin  
notamment de déterminer si la dépendance à l'alcool dont souffrait l'assuré était primaire  
ou secondaire. Selon le rapport d'expertise du 5 janvier 2013, le Dr K. \_\_\_\_\_ a retenu les  
diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool,  
abstinent mais dans un environnement protégé ; trouble anxieux et dépressif mixte,  
compensé ; accentuation de certains traits de personnalité ; personnalité dépendante et  
immature. Il a conclu que la dépendance à l'alcool était primaire. Dans son rapport du 4  
février 2013, le Dr L. \_\_\_\_\_ du SMR, spécialiste en médecine interne générale, se  
ralliant à l'expertise, n'a retenu aucune atteinte au sens de l'assurance-invalidité dans la  
mesure où la dépendance à l'alcool était primaire. Au titre de pathologies associées du

ressort de l'assurance-invalidité, il a mentionné des problèmes d'hernie discale et de genoux. La capacité de travail dans l'activité habituelle, en dernier lieu de concierge, tout comme dans une activité adaptée, était de 100 %. Au titre de limitations fonctionnelles, l'assuré devait éviter une profession permettant l'accès à des toxiques, la conduite automobile professionnelle, le port de charges de plus de 15 kg, le travail en porte-à-faux prolongé du tronc, ainsi que le travail à genou ou accroupi. Par décision du 11 mars 2013, l'OAI a informé l'assuré de l'octroi d'une aide au placement, soit une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi. La rente d'invalidité et les mesures professionnelles ont quant à elles été refusées par décision du 19 mars 2013 au vu des conclusions de l'expertise du 5 janvier 2013 du Dr K.\_\_\_\_\_. L'assuré a été engagé le 1er juillet 2014 en contrat de durée déterminée comme auxiliaire polyvalent à 100 % pour le compte de M.\_\_\_\_\_ SA. Il n'est néanmoins pas arrivé au terme du contrat en raison d'une rechute.

- 4 - L'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI le 13 février 2015 en raison d'une hernie discale, de problèmes de dos et d'une dépression. Les éléments suivants ressortent du rapport du 28 mai 2015 du Dr I.\_\_\_\_\_, établi à l'attention de l'OAI : « Il souffre d'un trouble anxieux et dépressif mixte et d'une probable personnalité borderline depuis environ 10 ans. Il souffre également d'une dépendance à l'alcool et à la codéine. Durant l'été 2014, l'état de santé du patient s'est aggravé. En effet, suite au refus de l'Office AI, il a été expulsé de l'EMS [...]. Une fois hors de l'institution, le patient a connu une rechute dépressive sévère avec des idées suicidaires importantes le conduisant à une hospitalisation au Centre de Psychiatrie du [...] du 01.10.2014 au 03.11.2014. A sa sortie de l'hôpital, il a été placé à l'institution [...] à [...] pour la consolidation de l'abstinence à l'alcool et une réadaptation socioprofessionnelle. Actuellement, l'état de santé psychique du patient semble retrouver une certaine stabilité mais cette stabilité a été obtenue uniquement parce qu'il a retrouvé une vie institutionnelle. Je pense que les pathologies psychiatriques dont souffre le patient le rendent incapable de vivre hors institution sans se mettre en danger. Il est incapable de travailler à 100 % depuis le 01.10.2014. L'expérience sur l'évolution des dernières années montre que M. C.\_\_\_\_\_ est incapable de vivre en dehors d'une institution spécialisée. Dès qu'il rentre à domicile, il présente des rechutes anxieuses et dépressives avec un risque suicidaire majeur et la consommation d'alcool reprend. Le pronostic en dehors du milieu institutionnel est très réservé. Ce patient a besoin d'un encadrement important pour être stable sur le plan psychiatrique. » Selon le rapport du 11 décembre 2015 adressé à l'OAI, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a exposé avoir suivi l'assuré durant son séjour à l'EMS [...] de 2009 à 2014, le dernier contrôle datant d'avril 2014. Il a retenu un pronostic peu favorable au vu du « besoin » de l'assuré de renouer avec ses conduites addictives à chaque sortie du cadre institutionnel. Les limitations étaient dues selon lui au problème d'addiction. Le médecin a également relevé que l'assuré souffrait de lombalgies, l'empêchant notamment d'exercer des activités

- 5 - accroupi et à genoux, de même que de monter sur une échelle ou un échafaudage et de porter des charges de plus de 20 kg. A la teneur du rapport du 20 août 2016 du Dr S.\_\_\_\_\_, médecin traitant et spécialiste en médecine interne générale, les diagnostics incapacitants étaient un trouble de la personnalité chez une personnalité borderline, un état anxio-dépressif avec incompétences socio- effectives, un status après rupture de la vie socio-émotionnelle normale, des dépendances à l'alcool et auparavant aussi à la codéine.

L'incapacité de travail était totale selon lui depuis le 1er janvier 2009 et de manière définitive. On extrait ce qui suit dudit rapport : « Actuellement on constate que Monsieur fait des rechutes même en milieu protégé soit aux [...], à l'EMS [...], à l'[...] et actuellement sous accompagnement ambulatoire. Monsieur est incapable de vivre normalement une frustration ou une déception, il n'a pas les outils émotionnels pour affronter les contrariétés de la vie courante, bien que son discours soit cohérent lorsqu'on parle avec lui (probable syndrome frontal fruste). En conclusion Monsieur présente une invalidité socio-émotionnelle qui ne lui permet pas d'avoir une activité lucrative ni une vie sociale normale avec des relations durables. [...] Pronostic Malheureusement sombre au vu de l'évolution, je connais Monsieur depuis 25 ans et je ne vois aucun changement dans le perception de la vie et au niveau des réponses aux frustrations ou contrariétés de la vie. [...] Le problème psychiatrique rend une insertion impossible, les capacités intellectuelles sont intactes comme ses compétences techniques. » En date du 20 août 2016, ont été produits à la requête de l'OAI les rapports relatifs à l'hospitalisation de l'assuré en milieu psychiatrique du 1er octobre 2014 au 3 novembre 2014 ainsi que du 7 au 15 janvier 2016. Le premier rapport, du Département de psychiatrie du Centre F.\_\_\_\_\_, secteur [...], du 18 novembre 2014, signé des Drs R.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, et W.\_\_\_\_\_, médecin assistant, pose le

- 6 - diagnostic de dépendance à l'alcool, abstinent en milieu protégé et de possible trouble de la personnalité, sans précision. A son admission, l'assuré était orienté dans l'espace mais pas dans le temps, présentait un ralentissement psychomoteur et décrivait une symptomatologie de la lignée dépressive avec tristesse, anhédonie, sentiment de culpabilité ainsi que des idées noires fluctuantes. Un sevrage physique à l'alcool avait été mis en place et accompagné d'une évaluation de la symptomatologie dépressive. Au terme du séjour, il ne présentait plus de symptômes de sevrage. Sa thymie s'était très rapidement améliorée, en l'occurrence dans les 48 heures, avec disparition complète des idées noires. Les auteurs du rapport ont relevé que la symptomatologie dépressive était très probablement à mettre en lien avec la consommation d'alcool et ils ont observé que l'assuré restait encore fragile, avec de l'anxiété à certains moments. Le second rapport, du Service de médecine des Etablissements A.\_\_\_\_\_, du 2 février 2016, signé des Drs Q.\_\_\_\_\_, médecin-chef et spécialiste en médecine interne générale, et B.\_\_\_\_\_, médecin assistante, pose le diagnostic principal de sevrage alcoolique non compliqué, sur le plan psychique, les diagnostics secondaires de dépendance à l'alcool avec status post-plusieurs tentatives de sevrage non compliqués, d'état anxio-dépressif, ainsi que les comorbidités de dépendance à la codéine et de personnalité dépendante. À son admission, motivée par un état de faiblesse généralisée avec chute, l'assuré présentait des signes de sevrage. L'hospitalisation été motivée pour le seul sevrage alcoolique. Le rapport ne fait pas mention de troubles psychiques qui auraient été constatés lors du séjour hospitalier. Selon le rapport du 28 septembre 2016, le Dr I.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants de trouble anxieux et dépressif mixte, personnalité émotionnellement labile de type borderline, dépendance à l'alcool utilisation continue et dépendance à la codéine ancienne. Il a notamment exposé les éléments suivants : « Depuis janvier 2015, M. C.\_\_\_\_\_ a intégré la Fondation [...] à [...]. Ce séjour institutionnel a duré environ 8 mois, avec une

- 7 - évolution plutôt favorable au niveau alcoolologique. Le patient a pu intégrer un appartement thérapeutique avec un suivi multi- disciplinaire comprenant le suivi médico-infirmier, un suivi psychiatrique, intervention et supervision de la [...]. Depuis son

entrée en appartement, l'état de santé psychique du patient n'a cessé de se péjorer avec une consommation intermittente variant entre des périodes d'abstinence et de périodes d'alcoolisations massives. 2 hospitalisations en milieu somatique ont été nécessaires en janvier 2016 et en avril 2016. Actuellement, le patient présente une rechute dépressive avec des angoisses massives, et une péjoration de son état physique de sorte que parfois il est même incapable de se déplacer à mon cabinet. Les observations des dernières années ont montré que M. C.\_\_\_\_\_ est capable de maintenir une abstinence à l'alcool en milieu protégé de type EMS mais qu'en dehors d'un milieu institutionnel son humeur baisse rapidement, il présente des angoisses importantes et se remet à consommer de grande quantité d'alcool. A rappeler que le divorce avec son épouse a contribué à l'aggravation importante de son état de santé depuis début 2016. Depuis le rapport du 28.05.2015, M. C.\_\_\_\_\_ n'a pas été capable de reprendre une activité lucrative et nous sommes toujours au stade de lui organiser des activités occupationnelles. [...] Constat médical [...] La thymie est souvent triste avec des angoisses importantes malgré un traitement antidépresseur et anxiolytique conséquent. Il présente une fluctuation de l'humeur avec alternance de longs moments dépressifs et de courtes périodes de stabilité. Il présente constamment un sentiment de vide intérieur, d'ambivalence et de culpabilité. Son discours est cohérent mais avec un sentiment d'échec, une perte d'estime de soi et des comportements suicidaires sans pouvoir verbaliser des idées suicidaires. Il n'y a pas de symptomatologie délirante ou hallucinatoire. [...] Je pense que le patient n'est plus capable de gérer une vie autonome hors institution et la recommandation est de maintenir un suivi médico-psychiatrique et de rechercher un long séjour institutionnel. [...] On peut atténuer les symptômes mais les observations sur les dernières années montrent que M. C.\_\_\_\_\_ n'est même pas apte à effectuer des activités occupationnelles de manière régulière. [...] En présence d'une personnalité émotionnellement labile et des fluctuations de l'humeur ne répondant pas à un traitement ambulatoire, je pense que toute tentative pour atténuer les souffrances de ce patient restent vaines et que la gravité de sa fragilité psychiatrique nécessite un milieu institutionnel. Nous sommes actuellement en discussion avec les autres intervenants

- 8 - pour proposer un long séjour institutionnel. Dans ces conditions, une reprise d'une activité lucrative même à temps partiel, n'est pas envisageable. » Selon l'avis SMR du 28 juillet 2017, la problématique décrite par les médecins traitants était la même qu'au moment de l'expertise de 2013, avec une période actuelle de décompensation anxio-dépressive, liée à la problématique socio-professionnelle induite par l'alcoolisme. Partant, l'alcoolisme primaire restait au centre de toute la pathologie décrite, ne permettant pas de retenir un nouvel élément donnant lieu à une prise en charge par l'assurance-invalidité. Dans un projet de décision du 2 août 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter la demande de rente d'invalidité au motif que l'incapacité de gain de l'assuré était due avant tout à sa toxicodépendance, ce qui excluait une invalidité au sens de la loi. Par courrier du 22 août 2017, l'assuré a fait opposition au projet de décision, invoquant une anxiété et une dépression sur le plan psychique, en plus d'un problème de dos récurrent depuis l'âge de 10 ans à la suite d'une scoliose. Il a ajouté s'être fait opéré d'une hernie discale, empêchant le port de charges qui dépassaient 15 kg. Sa demande n'était donc pas fondée sur une incapacité de gain due à la toxicodépendance, qui était en voie de guérison grâce au réseau d'accompagnement mis en place. L'assuré a expliqué vouloir reprendre une activité à un taux de 50 %, sollicitant dans ce but l'octroi de mesures d'ordre professionnel pour l'aider à y parvenir et d'une rente en fonction de son degré d'invalidité, « c'est-à-dire d'un taux aux

environs de 50 % ». Le Dr I. \_\_\_\_\_ a envoyé à l'OAI un rapport du 5 octobre 2017, dont on retient ce qui suit : « Sur le plan psychiatrique, l'état de santé du patient a connu une aggravation importante. Suite au décès de l'amie du patient par assassinat, en octobre 2016, Monsieur C. \_\_\_\_\_ a connu une période dépressive sévère qui a conduit à l'échec de la prise en charge ambulatoire. Dans ce contexte, il a également présenté de nouvelles rechutes avec consommation massive d'alcool. Deux hospitalisations en milieu somatique, en janvier et mars 2017, ont

- 9 - imposé le constat que le patient n'est plus capable de gérer une vie autonome à domicile. Depuis le 04 avril 2017, le patient est placé à l'EMS de [...] à [...]. Depuis son entrée à l'EMS, dans un milieu protégé, le patient reste abstinent par rapport à la consommation d'alcool. Cette abstinence, sans mesure de contrainte et dans un cadre libre, fait penser que le problème de base reste une extrême fragilité de l'humeur avec un état anxieux permanent qui favoriserait la consommation d'alcool. Monsieur C. \_\_\_\_\_ restera placé en EMS probablement pour une longue période. Etant abstinent au niveau de la consommation d'alcool, il a pu obtenir un stage à 40% d'activité en atelier [...] [Association [...]] depuis le début septembre 2017. Je ne pense pas que le patient soit un alcoolique irresponsable mais plus une personne anxieuse avec une labilité émotionnelle, qui en l'absence d'étayage, n'arrive pas à gérer ses frustrations. Le recours à la consommation d'alcool est très souvent en rapport avec un état de détresse psychologique. A mon avis, l'alcoolisme est la conséquence de l'instabilité psychologique, et non la cause. Je vous prie, enfin, de prendre en compte la souffrance psychologique de ce patient et non pas l'apparence d'une personne considérée comme alcoolique. » L'OAI a confirmé le projet de décision du 2 août 2017 par décision sur opposition du 2 novembre 2017. Dans un courrier de la même date accompagnant la décision, l'OAI a expliqué qu'en l'absence de fait nouveau par rapport à la décision de 2013, mais seulement une appréciation différente d'un même état de fait, il n'y avait pas lieu de s'écarter du projet. B. Par acte du 30 novembre 2017, C. \_\_\_\_\_ a déféré la décision rendue le 2 novembre 2017 par l'OAI devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente et des mesures d'ordre professionnel. Dans sa motivation, il a fait valoir que l'OAI s'était fondé sur une incapacité de gain due à sa toxicodépendance alors que son handicap premier était un problème de dos. De plus, il effectuait une activité auprès de l'atelier [...] à [...] à 45 %. Dans sa réponse du 25 janvier 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a relevé, en se référant à l'avis SMR du 28 juillet 2017, que le recourant présentait une nouvelle période de décompensation anxio- dépressive, directement liée à ses problèmes socio-professionnelles et à

- 10 - sa consommation d'alcool. Selon l'OAI, cette problématique étant ancienne et antérieure à la décision du 19 mars 2013, il n'y avait pas de nouvel élément donnant lieu à une prise en charge par l'assurance- invalidité. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de

la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 2. 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 13 février 2015. 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). 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

- 11 - psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui 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 droit à une rente si 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), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. c) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, si les circonstances dont dépendait leur octroi changent notablement (art. 17 al. 2 LPGA). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la

- 12 - capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5 et les références citées ; TF 8C\_339/2017 du 1er février 2018 consid. 3). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; TF 8C\_339/2017 précité consid. 3). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de 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 conforme au droit et aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; TF 8C\_339/2017 précité consid. 3). 4. 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 ; TF 9C\_620/2017 du 10 avril 2018 consid. 2.2.1). 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

- 13 - psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 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 (TF 9C\_618/2014 précité consid. 5.3 et les références citées). L'existence d'une comorbidité psychiatrique – dont le diagnostic a été posé *lege artis* – ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la

- 14 - 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 et les références citées). 5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées). b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

- 15 - 6. a) En l'espèce, le recourant a déposé une première demande en novembre 2009 en raison d'un état anxio-dépressif, avec consommation d'alcool à risque, ainsi que des troubles hépatiques et neurologiques, procédure ayant abouti à une décision à l'octroi d'une aide au placement, mais au refus d'une rente invalidité et de mesures professionnelles. La nouvelle demande du 13 février 2015 a été déposée à cause d'une hernie discale, de problèmes de dos et d'une dépression. En présence d'une nouvelle demande de prestations sur laquelle l'intimé est entré en matière, il convient d'examiner si, par analogie à l'art. 17 LPGA, l'état de santé du recourant s'est modifié depuis le 19 mars 2013, date de la décision de référence pour cette appréciation, au point de justifier l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement d'une rente. b) En premier lieu, on relève en relation avec les rapports médicaux produits dans le cadre de la révision que le Dr D. \_\_\_\_\_ n'a plus été consulté depuis avril 2014 de sorte que son rapport du 11 décembre 2015 ne peut que refléter partiellement l'évolution de l'état de santé du recourant. c) Ensuite, le recourant fait valoir que l'atteinte à la santé principale justifiant la nouvelle demande est son problème de dos. Or, aucun de ses médecins ne mentionne l'existence d'une atteinte du rachis au titre de diagnostic incapacitant. Par ailleurs, le SMR, dans son avis du 4 février 2013, a pris en compte les atteintes au genou et au dos à titre de pathologies ressortant de l'assurance-invalidité et posé en conséquence les limitations fonctionnelles rencontrées notoirement en présence de telles atteintes, soit l'abstention de port de charges de plus de 15 kg, de travail en porte-à-faux prolongé du tronc et de travail à genoux ou accroupi. Le recourant ne fait pas la démonstration que ses atteintes somatiques se seraient aggravées depuis 2013. Les rapports médicaux produits ne les évoquent pas. Seul le Dr D. \_\_\_\_\_ relève l'existence de

- 16 - lombalgies, mais sans y rattacher une incapacité de travail (rapport du 11 décembre 2015). Les restrictions physiques notées par ce médecin sont proches des limitations fonctionnelles retenues par le SMR (avis du 4 février 2013). La demande de révision ne

saurait donc se justifier en raison des problèmes de dos du recourant. On constate en outre qu'aucune nouvelle maladie somatique n'est survenue depuis 2013. d) Les incapacités de travail attestées par les Drs S. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ (rapports du 20 août 2016, respectivement des 28 mai 2015 et 28 septembre 2016) ne sont pas contestées. Les atteintes à la santé à l'origine de ces incapacités de travail sont apparemment la dépendance à l'alcool et les comorbidités psychiatriques. Étant rappelé qu'une dépendance à l'alcool qualifiée de primaire ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi, se pose la question de savoir si les rapports médicaux produits dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande permettent de conclure à une modification des circonstances par rapport à la situation prévalant lors de la décision de refus du 19 mars 2013. Dite décision repose sur l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ du 5 janvier 2013. Cet expert a qualifié la dépendance à l'alcool de primaire, sans qu'aucun rapport médical contemporain à la première instruction ne remette en cause cette appréciation, laquelle n'a par ailleurs pas été contestée ni au stade du projet de décision, ni au moment de la décision du 19 mars 2013. L'expert a notamment observé ce qui suit pour conclure au caractère primaire de la dépendance : « Dans le dossier, il a été souvent argumenté que l'apparition de son problème d'alcool était en lien avec des troubles anxieux-dépressifs antérieurs. Or, l'analyse de l'anamnèse montre juste un premier épisode dépressif à l'âge de 20 ans suite à une rupture sentimentale, ici sans tentamen, hospitalisation ou suivi spécifique. Ensuite, on trouve la notion d'un lien entre la mort du père et la souffrance de l'assuré et une consommation d'alcool. Or, son père est décédé en 1995 et le problème d'alcool est devenu manifeste autour de 2000 à 2001. Les descriptions détaillées que M. C. \_\_\_\_\_ nous a données évoquent clairement une consommation dans le cadre de ses collègues, amis, connaissances, bref dans un cadre

- 17 - festif, convivial et « d'habitation ordinaire ». Selon M. C. \_\_\_\_\_, la consommation a été progressive et ensuite si importante qu'une cure de désintoxication a été déclenchée en 2001, suivie d'un « Plan 33 » aux [...]. Dans cette période il n'y a pas de documentation d'un trouble psychiatrique autre. Il y a ensuite à nouveau une phase de maîtrise relative avec poursuite des activités professionnelles. Il a remarqué en 2005 que la consommation de sirop pour la toux lui fait du bien, d'autre part cela diminue sa consommation d'alcool. Il est rétroactivement très difficile de déterminer si ici la codéine avait déjà une place pour contrebalancer les symptômes de manque d'alcool ou s'il s'agissait d'un problème indépendant. Quoi qu'il en soit, il y a eu une progression des consommations avec éclat en 2008, retrait de permis, restitution, puis nouveau retrait. Dans des moments de forte consommation et au sommet des décompensations, les informations étaient très dramatiques en ce qui concerne la dégradation physique et sociale, mais dès qu'il y avait abstinence, il y avait assez rapidement amélioration. Ceci parle en faveur d'un potentiel de récupération et l'évolution actuelle le confirme. M. C. \_\_\_\_\_ était dès 2009 considéré comme inapte à reprendre la conduite professionnelle, mais apte pour toute activité autre et adaptée. En conséquence, il a été aidé pour une formation et a pu s'insérer dans des travaux au Foyer [...]. Ceci s'est déroulé apparemment sans problème majeur et à satisfaction mutuelle de l'employeur et de l'intéressé. Il y a eu une rechute aiguë en fin d'année 2011 avec plusieurs facteurs cumulés : fin de la période où il avait droit au chômage, incertitude financière, conflit de couple accentué et son problème de trouver une alternative professionnelle. C'est ici qu'une nouvelle et relativement courte période d'alcoolisation est intervenue avec hospitalisation. Au moment où des armes à feu ont été trouvées sous le lit conjugal, son épouse et les médecins ont réagi pour dénoncer la situation à la Justice de Paix. C'est ainsi que son placement dans l'établissement médico-social de [...] a été décidé.

Remarquons que pour toute la période décrite antérieure il y a eu certes évocation d'anxiété, de troubles anxieux dépressifs mixtes, mais jamais une décompensation thymique sévère ou indépendante. Ceci se reflète aussi pour la période suivante, l'année écoulée de 2012. Ici, les médecins ont attesté une légère comorbidité mais autrement, comme avant, une très bonne capacité de réadaptation aux nouvelles circonstances. Rétroactivement la décompensation de 2011 apparaît comme un trouble de l'adaptation. [...] En observation directe, nous avons vu un homme parfaitement compensé, de bonne présentation, dans un style de conversation sans trouble cognitif aucun, de bonne humeur, légèrement anxieux et soucieux, notamment en ce qui concerne le futur, pas très affirmé dans sa personnalité et démarches, mais dans l'ensemble sans aucun signe pour un dysfonctionnement majeur. En particulier il n'y avait pas de signe de dépression, visiblement avec la médication antidépressive prescrite et suivie, une compensation normale a pu être obtenue. Tout se situe donc dans la psychologie, son mode de fonctionnement et la question de savoir dans quelle mesure il peut mobiliser ses

- 18 - capacités supérieures-cognitives pour dominer les éventuelles pulsions de boire. En finalité, nous nous sommes trouvés donc très proches des descriptions que son psychiatre traitant a livrées et nous ne voyons aucune raison de nous écarter de ses appréciations. Dr I. \_\_\_\_\_ préconisait une reprise médico-théorique de 50 % à partir de juin 2012 et de 100 % dès le début 2013. [...] Nous avons ci-dessus analysé que la problématique d'alcool est clairement primaire et ne conduit pas en soi à une incapacité de travail, voire invalidité. Par contre, il y a eu des périodes de déstabilisation anxio-dépressive associées qui sont maintenant relativement bien compensées. Il y a eu dans l'ensemble une assez importante déstabilisation physico- psychique et un déclin social. Ceci crée indirectement toujours un fond d'instabilité et, vu l'ensemble de ces éléments, une aide appropriée nous paraît de ce fait indiquée. Nous rejoignons ici exactement les propositions qui étaient déjà faites il y a une année en arrière, à savoir une aide au placement avec au moins une période de six mois d'accompagnement, voire plus longtemps, jusqu'à une nouvelle réinsertion. Selon nos expériences, un tel processus prendra du temps, mais au stade actuel l'assuré a toutes les chances et la volonté de réussir. » e) Dans son rapport du 5 octobre 2017, le Dr I. \_\_\_\_\_ considère la dépendance à l'alcool comme secondaire. Il ne fournit cependant pas d'éléments, particulièrement anamnestiques, qui s'inscriraient à l'encontre des observations du Dr K. \_\_\_\_\_ fondant la qualification de dépendance primaire. En effet, l'expert situe entre 2000 et 2001 la survenance de la dépendance. Il précise qu'antérieurement à cette période, l'assuré a présenté d'une part un premier épisode dépressif à l'âge de 20 ans, soit en 1977, sans tentamen, ni suivi spécifique, et d'autre part que le recourant a vécu le deuil de son père en 1995, soit plusieurs années avant la consommation excessive d'alcool. Par ailleurs, aucun trouble psychiatrique n'a été documenté à la faveur de la cure de désintoxication mise en place en 2001. Quant au Dr I. \_\_\_\_\_, il observe dans son rapport du 28 mai 2015 que le trouble anxieux dépressif mixte et la probable personnalité borderline sont présents depuis environ dix ans. Ils sont donc postérieurs à la dépendance dont la survenance se situe entre 2000 et 2001. En conséquence, il ne saurait être retenu qu'une atteinte à la santé psychique de l'assuré est à l'origine de la dépendance à l'alcool.

- 19 - En l'occurrence, les troubles psychiques du recourant paraissent plutôt induits, soit secondaires à la consommation d'alcool. En effet, il ressort du rapport d'hospitalisation du 18 novembre 2014 que la symptomatologie dépressive a disparu en quelques 48 heures. Cette symptomatologie est par ailleurs mise en lien avec la consommation d'alcool. Le

second rapport d'hospitalisation du 2 février 2016 n'évoque aucun symptôme d'une atteinte psychique, ce qui tend à démontrer l'absence de lien entre les troubles psychiques dont souffre le recourant et consommation d'alcool. Enfin, il est constant que les symptômes psychiques se sont amendés à la faveur des séjours institutionnels du recourant. Tel est d'ailleurs le cas actuellement. f) Le Dr I. \_\_\_\_\_ a encore évoqué une aggravation importante de l'état de santé psychique du recourant ensuite de l'assassinat de son amie en octobre 2016, entraînant une « période dépressive sévère ». Le médecin traitant n'indique cependant pas que cet état dépressif sévère se serait inscrit dans la durée. Par ailleurs, les hospitalisations survenues en janvier et mars 2017 l'ont été en milieu somatique et non psychiatrique. g) Au vu de ce qui précède, l'intimé était légitimé à considérer que la situation prévalant à l'époque de la décision de 2013 ne s'était pas modifiée notablement et à refuser le droit à quelque prestation que ce soit. Plus particulièrement, le droit à des mesures professionnelles suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité (art. 8 al. 1 LAI). Or, cette condition n'est pas réalisée dans la mesure où la dépendance primaire ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi (consid. 4 supra). 7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 2 novembre 2017 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

- 20 - à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 2 novembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de C. \_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - C. \_\_\_\_\_, - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- 21 - - Office fédéral des assurances sociales, 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.