

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 avril 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mmes Brélaz Brillard et Pasche
Greffier : Mme Choukroun

Cause pendante entre :

E. _____, à Montreux, recourant,

et

U. _____, à Vevey, intimé,

Art. 6 LPGA; art. 7 LPGA; art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Le 3 septembre 2007, E._____, né en 1953, a déposé une demande de rente AI. Il faisait état d'une dépression.

Dans un rapport du 24 septembre 2007, le Dr W._____, psychiatre FMH, pose les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome dépressif depuis 2001, tentatives de suicide, la dernière le 25 juillet 2007, divorce, utilisation épisodique d'alcool, modification durable de la personnalité après évolution dépressive en 2002. Il estime l'incapacité de travail totale dans toute activité depuis février 2005 pour une durée indéterminée et au moins deux ans. Il indique que l'état de santé s'aggrave. Sous constatations objectives, il mentionne : ralentissement ideo-moteur; thymie monocorde, morose; déprime; effondré narcissiquement; sentiment d'inutilité; isolement familial et social (vit seul sans amis et voit rarement son fils); idées fréquentes de suicide. Le traitement consiste en une psychothérapie de soutien et des médicaments.

Le Dr W._____ a joint à ce rapport une attestation médicale qu'il a établie le 23 juin 2003 dans laquelle il expose que l'assuré vit un état anxieux et dépressif depuis que le kiosque à kebab dans lequel il travaillait comme indépendant a été fermé et qu'il a fait une tentative de suicide en mars 2002, avec hospitalisation pour les mêmes raisons. Le Dr W._____ mentionne que depuis 1977, l'assuré a toujours travaillé comme indépendant, qu'il veut continuer à travailler comme tel et non comme employé, ne voulant pas être à la charge de la communauté et qu'il demandait au Dr W._____ son appui pour obtenir l'autorisation de rouvrir le kiosque avant le début du Festival de jazz. Ce praticien déclare estimer opportun et nécessaire à son patient d'obtenir l'autorisation de réouverture du kiosque.

Le Dr W._____ a également joint à son rapport celui du 10 juillet 2002 des Drs H._____ et X._____ de la Fondation de Nant qui

ont posé les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) et syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent, mais dans un environnement protégé (F10.21). Il résulte de leur rapport notamment ce qui suit :

"Anamnèse actuelle

Il s'agit d'un patient d'origine Iranienne, en Suisse depuis 27 ans, qui présente des crises d'angoisse depuis deux à trois mois. Le patient pense que l'origine de ses crises est due au fait qu'il soit au chômage depuis trois mois. Depuis août 2001 M. E._____ a perdu la possibilité d'avoir un kiosque fixe sur les quais à Montreux. Puis il a eu des problèmes avec les différents commerces dont il est propriétaire. Après avoir vécu sur ses économies, M. E._____ a décidé de s'inscrire au chômage. Dès lors, son état ne fait qu'empirer car M. E._____ trouve inadmissible, par exemple, le fait de devoir demander des signatures dans des hôtels pour le chômage alors qu'il a fait une formation et des études. Le patient peut dire qu'il se sent extrêmement blessé et il se dit également être intransigeant, exigeant dans son travail. Vous nous mentionnez que vous avez vu le patient trois fois en trois mois et vous avez essayé d'introduire divers médicaments dont de la Fluctine, de la Demetrine, du Stilnox et de l'Antra. Malheureusement, vous ne notez aucune amélioration et vous demandez ainsi une hospitalisation après avoir consulté la Dresse [...] à la policlinique qui ne proposait pas un traitement en ambulatoire mais un suivi au CIT. Malheureusement, le patient n'avait pas les critères pour qu'un suivi au CIT soit organisable depuis l'ambulatoire puisqu'il n'avait pas d'entourage. La veille de son hospitalisation, vous proposez au patient une hospitalisation sous un mode volontaire qui est acceptée par le patient et par l'hôpital. Au moment de rentrer dans le taxi qui allait le conduire à l'hôpital, le patient décide de rentrer chez lui. Ce jour, lors du passage de l'infirmière du CMS chez lui, elle constate que tous les volets sont fermés. L'infirmière vous fait part de son inquiétude et vous décidez alors de dénoncer la situation au préfet et de l'hospitaliser d'office sans le voir à nouveau.

Antécédents personnels

Il s'agit d'un patient né à Téhéran. Il s'est marié en Iran avec une femme iranienne. Le couple est parti en Angleterre où M. E._____ a fait des études de photographe. Par la suite, il a travaillé pendant deux ans comme graphiste, puis divers petits boulots en suisse où il réside depuis 27 ans. Le patient dit avoir travaillé comme indépendant sept jours sur sept, excepté les rares vacances en hiver, il dit également parler cinq à six langues.

Du couple est issu un enfant de 10 ans, vivant à Clarens avec sa mère car le couple a divorcé, il y a 5 ans. Le patient dit avoir uniquement deux amis qui ne sont pas dans la région.

M. E._____ consomme depuis trois mois énormément d'alcool. Il note un minimum d'un litre de vin rouge par jour et peut dire que l'alcool le désangoisse. A noter que depuis la fin de l'année, M. E._____ a été

hospitalisé deux semaines au Samaritain pour une alcoolisation et des crises d'angoisse.

A l'entrée

A noter que M. E. _____ a pris des somnifères quelques heures avant l'entretien et il a été réveillé par la police. De ce fait, l'entretien est difficile à mener. Il s'agit d'un patient faisant son âge, de forte corpulence. Il a une hygiène négligée et il a les cheveux gras. Il a un discours cohérent. Il n'y a pas de trouble du cours de la pensée. On note néanmoins une toute puissance. Il n'y a pas de signe de décompensation floride mais des signes de la lignée dépressive avec des troubles du sommeil, une perte d'appétit ou une hyperphagie et une anhédonie. Le patient ne semble pas particulièrement angoissé et il se dit prêt à collaborer.

Discussion, traitement et évolution

Au vu de sa consommation d'alcool, dès son entrée dans notre établissement, M. E._____ a bénéficié d'une couverture de benzodiazépines et de compléments vitaminiques afin d'éviter des complications dues au sevrage d'alcool. Le sevrage s'est déroulé sans particularité. Nous avons, par ailleurs, pu arrêter le Seresta® et proposer à M. E._____ d'en prendre uniquement s'il en sentait le besoin. Dès l'entretien d'entrée, nous avons insisté à ce que M. E._____ s'inscrive dans un suivi spécialisé en ambulatoire. Nous avons proposé un traitement de crise mais M. E._____ n'a pas pu trouver une personne faisant office d'entourage. De ce fait, nous avons effectué un traitement de crise à l'hôpital puis nous nous sommes adressés au Dr [...] à la policlinique, qui suivra le patient dès le 26 avril.

Lors de cette hospitalisation nous avons émis l'hypothèse que M. E._____ tentait de combattre ses angoisses avec de l'alcool et blessé narcissiquement par un échec professionnel, il lui était impossible de demander de l'aide que ce soit sur un plan social aux services sociaux ou du point de vue psychique en demandant un soutien psychologique. Nous avons aussi insisté pour que M. E._____ soit évalué par notre assistante sociale. Son évaluation sociale sera transmise à sa collègue de la PPEV. M. E._____ regagne son domicile accompagné par un ami en date du 26 mars 2002."

L'assuré a séjourné du 25 au 27 juillet 2007 dans le service des soins intensifs de l'hôpital du Samaritain. Le rapport de ce service mentionne notamment ce qui suit :

"M. E._____ a été hospitalisé aux soins intensifs pour surveillance suite à un tentamen médicamenteux avec benzodiazépine en quantité non connue. Nous trouvons un patient somnolant, mais réveillable, ne nécessitant ainsi pas de Anexate. Une screening urinaire ne révèle que des traces de benzodiazépine. L'alcoolémie s'élève à 3.39 g/l."

B. a) Dans un rapport du 18 décembre 2008, la Dresse A._____, médecin au SMR, qui a examiné l'assuré le 27 novembre 2008, indique ce qui suit :

"Anamnèse psychosociale et psychiatrique

Dès l'âge de 22 ans, l'assuré consomme de l'alcool, surtout de la bière, pendant les week-ends et les fêtes. Progressivement, il augmente la quantité d'alcool et son état s'aggrave en 2001, suite à la perte de son commerce.

Du 19.03.2002 au 16.03.2002, il est hospitalisé en soins intensifs pour un tentamen médicamenteux mais une screening urinaire montre que des traces de benzodiazépines et l'alcoolémie s'élève à 3.39 g/l.

En octobre 2008, l'assuré aurait été hospitalisé à nouveau à l'Hôpital de Nant pour une alcoolisation aiguë avec du vin, de la vodka et de la bière. La lettre de sortie de l'hôpital n'est pas en notre possession.

Depuis 2003, l'assuré bénéficie d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès du Dr W._____, psychiatre à Montreux, avec lequel il a rendez-vous à une fréquence d'une fois tous les 10 à 15 jours.

Sur le plan somatique, jusqu'en 2001, l'assuré n'a jamais eu de prise en charge médicale. Actuellement, il est suivi par le Dr M._____, médecin généraliste à Clarens, avec lequel il a rendez-vous à une fréquence d'une fois par mois.

Sur le plan médicamenteux, l'assuré bénéficie d'un traitement anxiolytique de Seresta® 15 mg, 6cp par jour, neuroleptique de Risperdal 1 mg, 2 cp par jour, et hypnotique de Stilnox 10 mg, 1-1 ½ cp au coucher. L'assuré ne fume pas. Il boit régulièrement de l'alcool, plusieurs canettes de bière par jour. L'assuré déclare ne pas consommer de drogue.

(...)

DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- aucun sur le plan psychiatrique

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, utilisation continue (F 10.25)
- dysthymie d'intensité légère (F 34.1)

APPRÉCIATION DU CAS

Il s'agit d'un assuré originaire d'Iran, âgé de 55 ans, en Suisse depuis 1977, commerçant indépendant, sans activité professionnelle depuis 2001, qui dépose une demande de rente AI le 03.09.2007, au motif de dépression.

Propriétaire d'un kiosque à kebab à Montreux, notre assuré a cessé son activité après que la Municipalité a refusé de renouveler sa licence d'exploitation. Progressivement, il développe une symptomatologie anxio-dépressive accompagnée d'une augmentation de la consommation d'alcool, et son état nécessite une brève hospitalisation en milieu psychiatrique à la Clinique de Nant du 19 au 26.03.2002. Dans le rapport médical du 10.07.2002, la Dresse H._____, chef de clinique, et le Dr X._____, médecin assistant, retiennent les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé et selon les médecins, "Au vu de sa consommation d'alcool, dès son entrée dans notre établissement, M. E._____ a bénéficié d'une couverture de benzodiazépines et de compléments vitaminiques afin d'éviter des complications dues au sevrage d'alcool". Il quitte l'hôpital avec un traitement anxiolytique de Seresta® 15 mg. 2 cp en réserve.

Depuis juin 2003, l'assuré bénéficie également d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès du Dr W._____, psychiatre à Montreux, qui, dans son rapport médical du 24.09.2007, atteste une aggravation de l'état de l'assuré et retient les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis 2001, tentatives de suicide, la dernière le 25.07.2007, divorce, utilisation épisodique d'alcool, modification durable de la personnalité après évolution dépressive et il

évalue une incapacité de travail à 100% depuis le 01.02.2005. Or, la tentative de suicide qui a nécessité 48h d'hospitalisation en soins intensifs en juillet 2007 s'est révélée être une alcoolisation aiguë avec une alcoolémie de 3.39 g/l et le diagnostic de dépression n'a pas été retenu.

Selon les informations anamnestiques fournies par l'assuré, il débute sa consommation d'alcool dès l'âge de 22 ans, avec ses amis, avec une augmentation progressive suivie d'une nette aggravation en 2001, suite à la perte de son kiosque à kebab à Montreux pour des raisons que nous ignorons. Si l'aggravation est effectivement secondaire à ses difficultés existentielles, l'assuré souffre d'un alcoolisme primaire de longue date. Il ne s'agit pas d'un diagnostic d'utilisation épisodique d'alcool, car l'assuré consomme plusieurs canettes de bière par jour. Par ailleurs, pendant l'hospitalisation à la Fondation de Nant en juillet 2002 les médecins diagnostiquent déjà un syndrome de dépendance à l'alcool.

Le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique ne peut pas être présent depuis 2001, car pendant la même hospitalisation à la Fondation de Nant, les médecins objectivent seulement un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, pathologie psychiatrique sans caractère incapacitant de longue durée.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de repli sur soi avec retrait social, des majorations de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, des troubles obsessionnels compulsifs, d'état de stress post traumatique, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de dysthymie qui est une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen.

La dysthymie ne représente pas une maladie psychiatrique à caractère incapacitant et n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

Dans un contexte de difficultés personnelles et professionnelles, accompagnées d'une augmentation de la consommation d'alcool, l'assuré développe une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle, avec un premier épisode dépressif moyen objectivé par le Dr W._____, actuellement en rémission complète. A noter que la consommation d'alcool a un rôle non négligeable dans le développement d'un épisode dépressif moyen.

A l'examen clinique au SMR, nous n'avons pas objectivé le diagnostic de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique car les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis. Quoiqu'il en soit, ce diagnostic objectivé par le psychiatre traitant, ne justifie pas une diminution de la capacité de travail.

L'alcoolisme chronique primaire, présent depuis de nombreuses années, ne justifie pas à lui seul une incapacité de travail. Il n'est pas la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité et il n'est pas 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.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, notre assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant de longue durée et sa capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques actuellement, nous n'avons pas mis en évidence de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante.

L'absence de formation professionnelle, l'âge, la démotivation et les difficultés financières ne font pas partie du domaine médical.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? Selon le psychiatre traitant, le Dr W. _____, l'assuré présente une incapacité de travail à 100% depuis le 01.02.2005.

A notre avis, la pathologie psychiatrique réactionnelle décrite ne justifie pas cette incapacité de travail à long terme. Cependant, l'incapacité de travail est entière pendant les hospitalisations en milieu psychiatrique.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? 0% objectivé à l'examen clinique psychiatrique au SMR.

Concernant la capacité de travail exigible, sur le plan psychiatrique, notre assuré ne justifie aucune maladie psychiatrique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 100%.

Dans une activité adaptée: 100%."

b) Dans un projet de décision du 13 janvier 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de prestations. Il résulte de cette décision notamment ce qui suit :

"Une dépendance à des substances toxiques ne constitue une invalidité que si elle entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale nuisant à la capacité de gain ou si la dépendance résulte d'une atteinte à la santé, ayant valeur de maladie invalidante.

Selon l'examen clinique psychiatrique effectué auprès du Service Médical Régional, il ressort que vous souffrez d'un alcoolisme chronique primaire, présent depuis de nombreuses années, il ne justifie pas à lui seul une incapacité de travail.

Votre incapacité de gain est due avant tout à votre alcoolisme primaire et nous ne sommes donc pas en présence d'une invalidité au sens de la loi."

L'OAI a confirmé ce prononcé par décision du 27 avril 2009.

c) Le 7 mai 2009, le Dr M. _____ médecin généraliste FMH, a adressé à l'OAI une lettre où il écrit ce qui suit :

"Mon patient susnommé m'apprend avoir reçu une réponse négative à la demande d'AI qu'il a présenté en septembre 2007 sur rapport de son psychiatre le Dr W. _____ de Montreux

Le diagnostic retenu est avant tout un alcoolisme primaire qui effectivement ne donne pas un droit « automatique » à des prestations...

Or j'atteste ici, à la lumière de mon dossier depuis 2004 ainsi qu'après une hospitalisation à Nant au début de cette année pour un x^{ème} tentamen,

actuellement suivi d'un hébergement en appartement protégé dans le cadre de la Fondation Alexandra, qu'il s'agit plus vraisemblablement d'un alcoolisme secondaire intriqué dans un trouble de la personnalité de type paranoïde et un trouble dépressif récurrent.

Ainsi j'accompagne sa demande de recours contre la décision de l'Al., l'assuré me paraissant être effectivement incapable de travailler pour des raisons psychiatriques maintenant chronifiées, que la prise d'alcool ne fait qu'aggraver..."

Il a joint à cette lettre une lettre de sortie de la Clinique de Nant du 2 mars 2009 qui mentionne ce qui suit :

"Votre patient Monsieur E._____, né le 06-05-1953, a séjourné dans notre service de chirurgie du 16-02-09 au 17-02-09, date de son transfert à l'hôpital de Nant.

MOTIF D'ADMISSION

Tentamen médicamenteux

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Etat anxio-dépressif

DIAGNOSTIC(S) SECONDAIRE(S)

OH chronique

Perturbation des tests hépatiques probablement d'origine OH

Tachycardie à 125/mn sur probable sevrage

COMORBIDITE(S)

OH chronique

Status post-tentamen médicamenteux en août 2008 avec hospitalisation

Status post-opération du genou droit post-traumatisme en 1982

INTERVENTION

Nihil

DISCUSSION EVOLUTION ET TRAITEMENT

Ce patient de 55 ans est suivi par les services sociaux de Montreux travaillant actuellement dans divers hôtels (SDF), suivi par le Dr W._____ qui demande une hospitalisation à Nant pour une prise en charge. Il nous est adressé pour surveillance et sevrage alcoolique par la Permanence du Samaritain vu le manque de place sur le site du Samaritain,

Après discussion avec la Dresse D._____, psychiatre, le patient est transféré à Nant pour suite de prise en charge.

TRAITEMENT A LA SORTIE

Sèresta 30 mg. 3 x/j + 2 x/j en réserve

Bècozyme forte. 1 x/j

Bénerva 300 mg, 1 x/j

Stilnox10 mg, 1 x/j en réserve

Mag-2. 1 x/j"

Il a joint également une lettre du 15 avril 2009 des Dresses L._____ et K._____, médecins à la Fondation de Nant, ainsi que du psychologue associé N._____, qui mentionne ce qui suit :

" Monsieur E._____, né le 06.05.1953, a séjourné à la clinique de Nant du 9 au 30 janvier 2009, date de son transfert à l'hôtel Rouvenaz à Montreux.

Nous avons posé le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance et utilisation actuelle de la substance (F10.24) ainsi qu'un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen sans symptôme somatique (F33.10) chez un patient présentant un probable trouble de la personnalité de type paranoïaque (F600).

Discussion, traitement et évolution

La symptomatologie présentée par Monsieur E._____ qui s'inscrit dans le contexte d'une psychopathologie complexe, à savoir d'un probable trouble de la personnalité paranoïaque, de la dépendance à l'alcool de longue date ainsi que d'un trouble dépressif récurrent. Cliniquement, Monsieur E._____ présente plusieurs signes et symptômes compatibles avec le diagnostic de personnalité de type paranoïaque notamment une sensibilité excessive aux échecs, un refus de pardonner les insultes ou les préjugés, sens tenace et combatif de ses propres droits légitimes hors de proportion avec la situation réelle et sa tendance à surévaluer sa propre importance qui s'est manifesté constamment par des attitudes de référence à soi-même. Nous n'avons par contre aucun élément concernant l'éventualité de troubles psychiques durant l'enfance ou l'adolescence. Le Dr W._____ aurait souhaité qu'un examen psychologique de type projectif puisse être réalisé afin de clarifier l'organisation structurelle de ce patient. Cet examen n'a pas pu se faire durant le séjour hospitalier.

A l'entrée, il ne présente plus d'idées suicidaires. Nous introduisons un traitement de Seresta® afin d'éviter les complications d'un syndrome de sevrage, traitement que nous avons pu diminuer progressivement et arrêter définitivement à sa sortie.

Comme lors de ses précédentes hospitalisations, le patient remet en place rapidement son système défensif sous forme de déni, se montrant projectif et restant dans une idéalisation de ses capacités et ses réussites antérieures. Il n'y a aucun processus de deuil qui a pu se mettre en place afin de faire face aux nombreuses pertes qu'il a subies et qui représentent autant de blessures narcissiques insupportables et donc expulsées.

Nous lui proposons un traitement hospitalier de trois semaines dans le but de réévaluer sa médication et clarifier la question sociale. Durant les entretiens médico-infirmiers où, hormis les idées de grandiosité où le patient veut être reconnu comme un être unique et victime d'injustices à son égard, il a pu exprimer son vécu de persécution avouant se sentir constamment surveillé par des caméras. A travers ses symptômes il explique son impossibilité à partager sa vie avec une autre personne fuyant la relation dans les moments où elle est ressentie comme trop proche voire intrusive.

Comme lors des précédentes hospitalisations, Monsieur E._____ s'est montré anxieux, réclamant que l'on règle ses problèmes administratifs sans retard. En réalité, Monsieur E._____ se trouve dans un conflit

chronique avec les services sociaux, ne payant pas ses factures, ne se rendant pas aux rendez-vous fixés. Un changement de son référent a été récemment effectué. Par ailleurs, une demande AI a été déposée en automne 2008 par le Dr W. _____ mais Monsieur E. _____ ne répondant pas aux courriers de l'AI, le dossier a été clos."

C. a) Par acte du 14 mai 2009, E. _____ a recouru contre la décision de l'OAI en concluant à l'octroi d'une rente.

Le 11 mai 2009, le service social UATp Alexandra a adressé à l'OAI la lettre suivante :

"En tant qu'unité d'accueil temporaire psychiatrique, notre structure suit Monsieur E. _____ depuis septembre 2008 dans le cadre d'un projet de soutien socio-éducatif établi en étroite collaboration avec le Docteur W. _____, médecin psychiatre traitant de ce patient, et le centre social intercommunal de Montreux, représenté par Monsieur [...], assistant social.

C'est à ce titre que nous avons été informés de la décision négative de l'office AI concernant un éventuel droit aux prestations AI.

Par la présente, nous tenons, Madame, Monsieur, à exprimer notre vif étonnement et notre profonde incompréhension au sujet de votre décision motivée par le fait que la difficulté principale de Monsieur E. _____ est due à un "alcoolisme chronique primaire".

Nous ne contestons pas que ce Monsieur puisse connaître de sérieux problèmes de consommation lorsqu'il est en présence d'anxiétés ou de fortes contrariétés. Mais, il nous paraît évident que ce penchant est consécutif à un mal être qui relève de dysfonctionnements d'ordre psychiatrique. Nous laissons aux médecins traitants le soin d'en poser le diagnostic.

L'accompagnement qui est organisé pour aider ce Monsieur, par exemple à mieux gérer ses rapports avec le centre social intercommunal ou à entreprendre des recherches pour trouver un appartement, nous a montré combien Monsieur E. _____ souffrait de troubles du comportement et était en proie à de vives angoisses qui le rendait incapable d'entreprendre quelques démarches avec un vague espoir de succès.

D'autre part, sur le plan de l'humeur, M. E. _____ présente des troubles qui péjorent son fonctionnement et sa stabilité au quotidien."

Dans un rapport médical du 14 mai 2009, le Dr W. _____ expose notamment ce qui suit :

" Le médecin soussigné vous informe du fait que j'ai pris connaissance avec stupeur de votre décision de rejet de demande de prestations AI pour mon patient E. _____. En effet, celui-ci est mon patient depuis de nombreuses années, et j'ai observé se dégrader son état de santé progressivement, jusqu'au point de développer un vécu paranoïde, avec des idées de persécution, des idées suicidaires et un état anxieux et dépressif récurrent.

Vous trouvez en annexes deux copies des lettres émanant des divers collègues qui l'ont vu récemment, le 20 mars, sous la plume 1), de la Dresse D._____, cheffe de clinique adjointe au centre d'intervention thérapeutique et responsable de la consultation psychiatrique de liaison, et 2) des Dresses L._____ et K._____, ainsi que du psychologue associé, M. N._____, le 15 avril, qui évoquent un diagnostic des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance et utilisation actuelle de la substance (F10.24) ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans symptôme somatique (F33.10) chez un patient présentant un probable trouble de la personnalité de type paranoïaque (F60.0).

Ces lettres de mes collègues témoignent de la gravité de la situation, et du fait qu'il existe chez ce patient d'abord une maladie mentale, et pour apaiser l'angoisse, une habitude alcoolique chronique.

Actuellement, le patient a un domicile en contrat temporaire de 6 mois avec la pension Alexandra à Chernex et se trouve dans le besoin de recevoir comme traitement médicamenteux une injection dépôt de Risperdal Consta 37,5 mg 2 x par mois. Il bénéficie d'un suivi hebdomadaire régulier à l'UATp Alexandra, du fait de sa maladie."

A ce rapport étaient joints :

- une lettre du 20 mars 2009 de la Dresse D._____ de la Fondation de Nant, qui indique ce qui suit :

"1. MOTIF DE L'HOSPITALISATION

Alcoolisation massive (à noter que M. E._____ a été transféré du Samaritain à Montreux parce qu'il n'y avait plus de place au Samaritain, mais il n'y a pas d'autres raisons pour qu'il soit dans un service de chirurgie).

2. AFFECTION ACTUELLE

M. E._____ présente une dégradation de sa situation sociale et de son état psychique depuis des années. Il est suivi depuis plusieurs années par le Dr W._____ à Montreux et a été hospitalisé à plusieurs reprises à Nant. Les diagnostics retenus par l'hôpital de Nant sont une dépendance à l'alcool et un trouble de la personnalité paranoïaque. Depuis janvier 2009 il est sans domicile fixe. Il est sorti de Nant il y a deux semaines avec le projet de pouvoir loger dans un hôtel et d'avoir l'aide de l'UATP Alexandra tout en poursuivant son suivi avec le Dr Miller.

(....)

3. OBSERVATION CLINIQUE

M. E._____ est un homme de 56 ans, paraissant un peu plus âgé, présentant un excès de poids, ayant de la peine à se déplacer. La thymie est triste. Il décrit une tristesse, un découragement, une difficulté à se projeter dans l'avenir, une anxiété face à l'avenir, sans idées suicidaires. Il ne présente pas de signe floride de la lignée psychotique, ni de trouble formel du cours de la pensée. Le discours est abondant, réexpliquant sa situation de toutes ces dernières années, exprimant des sentiments de préjudice importants, sur un mode persécutoire.

4. DIAGNOSTIC

F 10.2 et F 10.0 Dépendance à l'alcool, et alcoolisation aiguë
F 43.22 Trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive
F 60.0 Traits de personnalité paranoïaque

5. DISCUSSION ET PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES

Au vu de ses difficultés psychiques, M. E. _____ n'a pas les ressources pour faire face à l'instabilité de sa situation sociale et le fait qu'il n'a plus de domicile fixe. Ainsi, le 16 février, il s'est retrouvé dans un état de détresse majeure, n'arrivant plus à sortir de sa chambre, aux prises avec des angoisses aiguës et un vécu de blessure narcissique.

Dans un premier temps, en accord avec l'hôpital de Nant et en lien avec M. [...], un de ses référents à la Fondation Alexandra, nous essayons de trouver pour M. E. _____ un hôtel qui puisse le recevoir, dans l'idée qu'une hospitalisation devait pouvoir être préparée, avec un entretien préliminaire, pour faire un projet, puisqu'à plusieurs reprises. M. E. _____ s'est opposé à tous les projets de soins durant les hospitalisations. Dans ce sens, il est clair que si l'hôpital est aussi le seul endroit où le patient peut dormir, cela laisse peu de latitude pour négocier un projet. Cependant, finalement toutes ces démarches pour trouver un lieu d'hébergement ont été mises en échec parce que le Centre Social de la Commune a soudainement remis en question l'idée de financer un hôtel (contrairement à ce qu'ils avaient dit la veille) et ils ont proposé que M. E. _____ aille à l'Armée du Salut à Lausanne. Or ceci est une solution beaucoup trop précaire qui, au vu des difficultés psychiques de M. E. _____ ne pourrait que mener à de nouvelles mises en danger. C'est pourquoi nous n'avons alors pas d'autres solutions que de proposer une hospitalisation volontaire à l'hôpital de Nant ce que M. E. _____ accepte finalement. A noter que M. E. _____ est relativement ambivalent par rapport à l'hospitalisation et qu'il fait alors des propositions de solution de plus en plus inadéquates, dans des mouvements de défense maniaque."

- une lettre du 15 avril 2009 des Dresses L. _____ et K. _____, ainsi que du psychologue associé N. _____, produite au dossier par le Dr M. _____.

b) L'OAI a conclu au rejet du recours et produit un avis médical du

20 juillet 2009 des Dresses B. _____ et A. _____ qui exposent notamment ce qui suit :

"Dans le protocole de consultation psychiatrique de liaison du 17.02.09 la Dresse D. _____, chef de clinique adjointe au secteur psychiatrique de l'Est Vaudois, retient les diagnostics de dépendance à l'alcool et alcoolisation aiguë, trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive et traits de personnalité paranoïaque et elle propose une hospitalisation volontaire à l'Hôpital de Nant « *car l'assurée n'a pas de domicile fixe, le Centre Social de la Commune a remis en question l'idée*

de financer un hôtel et la proposition que l'assuré aille à l'Armée du Salut à Lausanne est une solution jugée trop précaire ».

Le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen n'est pas retenu et le médecin objective un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive qui, selon la CIM-10, est caractérisé par la prédominance simultanée de symptômes anxieux et dépressifs dont la sévérité ne dépasse pas celle d'un trouble anxieux et dépressif mixte ou d'un autre trouble anxieux mixte. Ce diagnostic ne représente pas une maladie psychiatrique à caractère incapacitant.

Le 15.04.09, le Dr L._____, médecin-adjointe et le Dr K._____, médecin assistant, posent les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance et utilisation actuelle de la substance ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans symptômes somatiques chez un patient présentant un probable trouble de la personnalité de type paranoïaque.

En conclusion, comme nous l'avons déjà expliqué dans l'examen clinique du 27.11.08, notre assuré, qui souffre d'un alcoolisme primaire de longue date, connu comme ayant un rôle non négligeable dans le développement d'un épisode dépressif moyen, développe pendant les alcoolisations aiguës une symptomatologie dépressive moyenne suivie rapidement d'une amélioration de son état prouvé par les rapports médicaux des différents médecins traitants ou hospitaliers.

Des traits de personnalité, qu'ils soient paranoïaques ou d'autres types, ne doivent pas être confondus avec un trouble de la personnalité; un trouble de la personnalité suppose des antécédents psychiatriques significatifs remontant à la fin de la deuxième dizaine d'années de vie, si on s'en tient aux critères retenus par les ouvrages diagnostiques de référence. Le psychiatre traitant ne parle que d'un probable trouble de la personnalité de type paranoïde dans son rapport médical du 14.05.09. Le 24.09.07, il évoquait le diagnostic de modification durable de la personnalité après évolution dépressive, qui n'a pas été objectivé à l'examen clinique au SMR en novembre 2008.

De notre point de vue, les nouveaux documents médicaux ne modifient pas les conclusions du rapport d'examen clinique du 27.11.08 et du rapport SMR du 07.01.09: cet assuré souffre d'un alcoolisme chronique et est confronté aux problèmes psychosociaux qui en découlent."

Le Dr W._____ a établi une attestation médicale le 26 août 2009 dont la teneur est la suivante :

" Je me réfère à la lettre de sortie de l'Hôpital de Nant du 15.04.09 que j'ai envoyée en copie au service médical de l'Al et que vous trouvez en annexe.

Il faut tenir compte de la médication psychiatrique lourde de ce patient, à savoir:

- Risperdal constat 25 mg 1M toutes les 2 semaines, première injection faite le 30.01.09
- Risperdal 2 mg per os, 1 cpr. matin, 1 cpr. soir
- Remeron 30 mg, ½ cpr.au couché
- Dalmadorm 15 mg, 1 cpr. au couché

Il est révoltant de découper la réalité médicale selon ce qui semble arranger les intérêts financiers de l'assurance invalidité et mépriser ainsi la réalité clinique constatée par plusieurs médecins.

La réalité de ce patient est qu'il a une incapacité totale de travail qui est justifiée par l'état clinique dans lequel il se trouve de manière constante, depuis novembre 2008 en tout cas.

Il s'agit d'un état dépressif récurrent, d'intensité moyenne, sans symptôme somatique (F3310) chez un patient présentant un trouble de la personnalité de type paranoïaque (F600). Ce trouble nécessite la médication que j'ai citée et que le patient suit régulièrement.

Il est pris en charge par L'UATP Alexandra, et la lettre du 10.08.09 de prolongation du délai de recours en témoigne.

L'alcoolisme de ce patient, ainsi que sa situation psychosociale est la conséquence de son état psychique et de son diagnostic de trouble profond de la personnalité de type paranoïaque. C'est ce trouble-là qui le désadapte, qui ne lui permet pas une insertion sociale. Il n'a pas d'ami, et son seul contact social est le réseau thérapeutique actuel. A noter que depuis qu'il est suivi, il a réussi à reprendre contact avec son frère qui, lui, souffre de longue date d'une maladie paranoïaque et bénéficie également, pour des raisons tout à fait justifiées aussi, de la prestation de l'assurance invalidité.

Il s'agit de ressortissants iraniens, qui ont vécu un traumatisme psychosocial et familial grave déjà dans leur pays et qui par la suite, bien que résidant depuis de nombreuses années dans notre pays, ne se sont pas adaptés, malgré des efforts constants.

Pendant de nombreuses années, Monsieur E. _____ a déployé une énergie considérable pour fonctionner, mais toujours en tant qu'indépendant, car il ne supportait pas une situation de dépendance d'un employeur.

La décision communale de lui fermer le kiosque à kebab a signé pour lui il y a cinq ans l'arrêt de mort de son activité d'indépendant, et depuis, il n'a plus réussi, pour des raisons médicales essentiellement, découlant du diagnostic de trouble de la personnalité de type paranoïaque, il n'a plus réussi donc de s'adapter et de trouver une place dans la société.

C'est depuis que son alcoolisme épisodique, je le mentionne, est devenu important.

Par ailleurs, il n'y a actuellement plus de recours à l'alcool, l'examen du 07.08.09 des enzymes hépatiques CGT le montre (annexe).

Pour toutes ces raisons, j'estime que l'avis médical du service SMR du 20.07.09 est inexact et ne tient pas compte de la réalité clinique de ce patient qui est en tout cas depuis novembre 2008 dans une totale incapacité de travail et ne présente pas, à mon sens, de potentiel de réadaptation professionnelle.

Une rente pleine à 100 % me semble tout à fait justifiée médicalement dans son cas. Si un doute subsiste, je recommande fortement qu'il soit examiné dans un service universitaire de psychiatrie."

d) Dans son écriture du 5 octobre 2009, l'OAI a maintenu ses conclusions et produit un avis médical du 17 septembre 2009, dans lequel les Dresses A. _____ et B. _____ estiment que la nouvelle attestation

médicale établie par le Dr W._____, ne modifie pas les conclusions du rapport d'examen clinique du 27 novembre 2008.

Le 28 octobre 2009, le Dr W._____ a établi le rapport suivant

:

" Je reviens sur mon rapport du 26.08.09 qui garde son entière valabilité mais auquel j'ajoute que sous l'angle de l'évolution actuelle, nous pouvons ajouter le diagnostic de trouble schizo-affectif de type dépressif F25.1. Il s'agit d'un trouble au cours duquel des symptômes schizophréniques et dépressifs sont présents au premier plan de la symptomatologie. La dépression de Monsieur E._____ est accompagnée d'anomalies comportementales, par exemple du ralentissement psychomoteur, d'une insomnie, d'une aboulie, diminution de l'appétit, diminution de l'intérêt, diminution de l'aptitude à se concentrer, des sentiments de perte d'espoir et des idées suicidaires.

Monsieur E._____ a aussi le sentiment d'être poursuivi, espionné, et qu'on lui en veut. Il a l'impression qu'on complotte contre lui. Il entend des voix qui lui disent qu'il ne faut pas dormir, qu'il faut sortir de la maison, aller se promener, etc. Il a parfois l'impression de voir des caméras qui le filment.

Le patient est complètement démuni et pris en charge par l'UATP Alexandra sur une base régulière, tous les mardis et tous les vendredis. J'insiste dans le sens de l'aggravation de son état de santé et la fixation, la cristallisation de la maladie sous une forme de trouble schizo-typique.

J'ai le sentiment que les collègues du SMR n'ont pas vu le patient et qu'ils ont pris leur décision sur la base du dossier seulement. Je demande que le patient soit vu, soit par les collègues du SMR, qu'ils puissent examiner sérieusement le patient et confirmer ou infirmer la validité de mes constatations cliniques, ou alors, de procéder à une expertise psychiatrique, faite par un de mes collègues du Groupement des Psychiatres Vaudois, qui ont l'habitude de faire de telles expertises, comme par exemple le Dr [...], [...], [...] ou [...]."

Dans un avis médical du 7 décembre 2009, la Dresse A._____ estime que, dans le nouveau rapport médical du 28 octobre 2009, le Dr W._____, change le diagnostic et atteste une aggravation de l'état de l'assuré. Elle propose d'organiser un nouvel examen psychiatrique au SMR.

e) Dans une lettre du 13 janvier 2010, le Dr W._____ expose ce qui suit :

"L'aggravation de l'état de santé de M. E._____ tel que considéré par l'AI par l'ajout d'un diagnostic, est présente chez ce patient depuis son avant-dernière hospitalisation à Nant, depuis septembre 2008 en tout cas (voir annexe).

Une étude attentive du dossier et du patient, une prise en compte des observations des infirmiers qui suivent régulièrement chaque semaine en continu le patient qui est placé en appartement protégé, dans le cadre de la structure de l'EMS Alexandra, doivent être faites.

Je vous prie de prendre en compte la réalité clinique d'un patient démuni, sous injection de Risperdal Consta toutes les deux semaines, en suivi infirmier et psycho-social régulier pour son état maladif, avec des éléments psychotiques paranoïaques, depuis sa dernière sortie de l'Hôpital de Nant le 30 janvier 2009."

f) Dans un avis médical du 22 janvier 2010, les Drs A. _____ et Q. _____ indiquent ce qui suit :

"Contrairement à ce que semble avoir compris le Dr W. _____, nous n'avons pas reconnu une aggravation de l'état de santé de l'assuré mais uniquement pris acte qu'une telle aggravation était attestée par le psychiatre traitant (cf. avis médical du 07.12.09). Une telle aggravation, si elle est rendue plausible, n'est pas avérée. C'est pour cette raison qu'un complément d'instruction était proposé.

Quant à la date de cette hypothétique aggravation, le Dr W. _____ la situe « *depuis septembre 2008 en tout cas* », ce qui est impossible puisque l'assuré a été examiné au SMR le 27 novembre 2008 et qu'à cette date il ne présentait aucune pathologie psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail.

Si aggravation il y a, ce qui reste à établir, celle-ci ne peut être survenue que postérieurement au 27.11.2008, et possiblement même postérieurement au 27 avril 2009, date de la décision contestée.

C'est à notre avis une deuxième raison pour faire pratiquer une expertise psychiatrique neutre.

Enfin, si l'aggravation devait être confirmée, resterait à déterminer les répercussions de celle-ci sur la capacité de travail; ceci est le troisième point à clarifier par une expertise psychiatrique."

E n d r o i t :

1. a) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier

2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. 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 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 LAI).

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 légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 c. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale,

exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 c. 6.1.1; 135 V 201 c. 7.1.1; 127 V 294 c. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.1; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.1).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 c. 4; 115 V 133 c. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 c. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 c. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351 c. 3a; 122 V 157 c. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 c. 4.2).

En matière d'appréciation des preuves, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un

médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 c. 4 et les références citées, TF 8C_149/2010 du 30 novembre 2010 c. 5).

c) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 c. 3a p. 352; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.2) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 c. 4 p. 175; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.2).

d) 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 c. 3c et la référence citée; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 c. 2.2).

La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 c. 2.2; TF I 169/06 du 8 août 2006 c. 2.2 et les arrêts cités).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la

préexistence d'un trouble indépendant (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 c. 2.3 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 (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 c. 2.4; TF I 731/02 du 25 juillet 2003 c. 2.3).

3. a) En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité.

La Dresse A._____ diagnostique le 18 décembre 2008 des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue et une dysthymie d'intensité légère, ces diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Elle estime que l'alcoolisme du recourant est primaire. Elle expose notamment que l'examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de repli sur soi avec retrait social, des majorations de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, des troubles obsessionnels compulsifs, d'état de stress post traumatique, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant.

b) Les conclusions de la Dresse A. _____ sont contestées par tous les médecins qui ont examiné le recourant. S'ils retiennent tous un syndrome de dépendance à l'alcool, ils sont d'avis qu'il ne s'agit pas d'un alcoolisme primaire.

Le 10 juillet 2002 les Drs H. _____ et X. _____ de la Fondation de Nant ont posé les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive et de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent, mais dans un environnement protégé. Le 23 juin 2003, le Dr W. _____ mentionne que le recourant vit un état anxieux et dépressif depuis que le kiosque à kebab dans lequel il travaillait comme indépendant a été fermé et qu'il a fait une tentative de suicide en mars 2002, avec hospitalisation pour les mêmes raisons. Le 24 septembre 2007, ce praticien diagnostique un épisode dépressif moyen avec syndrome dépressif depuis 2001, tentatives de suicide, la dernière le 25 juillet 2007, divorce, utilisation épisodique d'alcool, modification durable de la personnalité après évolution dépressive en 2002. Il estime l'incapacité de travail totale dans toute activité depuis février 2005 pour une durée indéterminée et au moins deux ans. Le 20 mars 2009, la Dresse D. _____ diagnostique une dépendance à l'alcool, et alcoolisation aiguë, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive et des traits de personnalité paranoïaque. Le 15 avril 2009, les Dresses L. _____ et K. _____, retiennent les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance et utilisation actuelle de la substance ainsi qu'un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen sans symptôme somatique chez un patient présentant un probable trouble de la personnalité de type paranoïaque. Le 7 mai 2009, le Dr M. _____ conclut à un alcoolisme secondaire intriqué dans un trouble de la personnalité de type paranoïde et un trouble dépressif récurrent. Le 26 août 2009, le Dr W. _____ a diagnostiqué également un état dépressif récurrent, d'intensité moyenne, sans symptôme somatique chez un patient présentant un trouble de la personnalité de type paranoïaque. Le 28 octobre 2009, le Dr W. _____ a ajouté le diagnostic de trouble schizo-affectif de type dépressif depuis

septembre 2008 en tout cas, date de l'avant-dernière hospitalisation à Nant.

c) Compte tenu de ces différents avis, la Cour ne peut statuer en pleine connaissance de cause. Le dossier doit dès lors être renvoyé à l'OAI afin qu'il ordonne une expertise psychiatrique qu'il apparaît opportun de confier à un médecin psychiatre d'un hôpital universitaire comme le suggère le Dr W. _____ dans son attestation du 26 août 2009. L'expert devra notamment déterminer si l'alcoolisme est primaire ou secondaire, quelles sont les affections psychiatriques dont souffre le recourant, depuis quand et quelle est leur évolution ainsi que leurs conséquences sur la capacité de travail de celui-ci.

4. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis. Le recourant ayant agi sans l'assistance d'un conseil, il n'y a pas lieu de lui allouer de dépens. Le présent arrêt doit être rendu sans frais.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 27 avril 2009 par l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- M. E. _____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances (OFAS).

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 :