

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 août 2013

Présidence de M. MERZ
Juges : M. Métral et Mme Brélaz Braillard
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

LA CAISSE DE PENSION K. _____, à Aarau, recourante,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé,

L. _____, à Morges, intimé, représenté par DAS Protection Juridique SA.

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré), né en 1957, a travaillé comme serveur et maître d'hôtel jusqu'en janvier 2007. Il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 27 novembre 2007, en raison de douleurs cervicales et lombaires, présentes depuis plusieurs années, de douleurs aux coudes, présentes depuis deux ans et de déprime chronique (problèmes de sommeil, manque de concentration, fatigue, manque d'énergie, repli sur soi), présente depuis deux - trois ans. Ces troubles ont entraîné une incapacité de travail depuis le 7 décembre 2006.

L'assureur-maladie perte de gains de l'assuré, C._____ SA assurance-maladie (ci-après : C._____), a versé à ce dernier des indemnités journalières dès le 7 décembre 2006. Dans le cadre de l'instruction du dossier, C._____ a demandé des renseignements à la Dresse G._____, médecin traitant de l'assuré. Cette dernière a confirmé, dans un questionnaire du 26 janvier 2007, l'incapacité de travail totale de son patient dans son activité habituelle dès le 7 décembre 2006. Elle a posé, dans un questionnaire du 31 mai 2007, les diagnostics de cervico-brachialgies gauches sur status après stabilisation par ostéosynthèse de C5-C6-C7 suite à une hernie discale C5-C6 et arthrose C6-C7 ; épicondylite bilatérale ; tunnel carpien bilatéral et syndrome anxio-dépressif dans le cadre d'un éthylisme chronique. Elle a affirmé que l'assuré ne pouvait pour l'heure exercer aucune activité, ceci pour les seules raisons médicales, aucun problème à caractère non médical n'entravant la capacité de travail selon elle.

En raison de son éthylisme, l'assuré a effectué un séjour à l'Hôpital psychiatrique S._____ du 28 août au 8 septembre 2007, en vue d'un sevrage. Le Dr F._____, chef de clinique adjoint, a relevé les éléments suivant dans un rapport de sortie du 4 octobre 2007 :

"Le sevrage se déroule sans symptômes. Très vite, au cours des entretiens médico-infirmiers, le patient montre une diminution concomittante de

la symptomatologie dépressive avec une reprise de l'élan vital. Ses idées suicidaires disparaissent complètement, ce qui nous permet d'ouvrir le cadre. Dans le service, il se montre par ailleurs rapidement à l'aise avec les autres patients. Pendant l'hospitalisation, nous organisons un congé probatoire sur un week-end qui se passe sans difficultés, le patient ayant le sentiment de se retrouver dans sa relation conjugale.

Deux semaines après le début du sevrage, les symptômes dépressifs présents à l'arrivée du patient ont disparu. Ceci nous conduit à conclure que l'état dépressif du patient est avant tout une conséquence directe de sa consommation d'OH [alcool]."

C._____ a mandaté le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Le Dr J._____ a rendu un rapport le 10 décembre 2007, retenant les diagnostics de cervicalgies persistantes sur troubles statiques et dégénératifs du rachis cervical, lombalgies chroniques sur scoliose lombaire à convexité droite et hyperlordose lombaire associée à une arthrose interapophysaire postérieure pluriétagée symptomatique, absence d'inflammation sanguine et absence de stigmates d'éthylisme. Son appréciation médicale et ses conclusions asséurologiques sont les suivantes :

"Appréciation médicale

Monsieur L._____ a été opéré en 2004 d'une hernie discale cervicale en C5-C6 gauche par le Docteur Q._____ à l'Hôpital B._____ à [...]. Plus tard, cet homme consultera la Dresse G._____ du P._____ en raison d'une épicondylite aiguë à gauche. Par la suite, l'assuré consultera la Clinique W._____ à Lausanne où la Dresse D._____ lui fournira une orthèse de contention tout en lui effectuant deux infiltrations de cortisone en mai-juin 2007. Ce médecin souhaitant l'opérer, Monsieur L._____ consultera par la suite la Clinique N._____ au Centre X._____ à Lausanne où le patient bénéficiera d'une infiltration cervicale à titre antalgique. Cette dernière n'apportera pas d'amélioration significative.

Pour l'heure, ce quadragénaire affirme présenter des douleurs cervicales s'accompagnant de paresthésies dans les trois premiers doigts de la main gauche.

Sur le plan thérapeutique, il consomme toute une série de médicaments qui « l'abrutissent » à ses dires.

Parallèlement, Monsieur L._____ a présenté une addiction à l'alcool, pour lequel il sera hospitalisé pendant 12 jours à la Clinique psychiatrique de S._____.

Il est à noter que Monsieur L._____ est en incapacité de travail totale depuis une année actuellement. Ce dernier aurait fait une demande de reconversion professionnelle auprès de l'OAI du Canton de Vaud il y a trois semaines.

Sur le plan fonctionnel, cet homme pâtit de rester inactif à domicile. De plus, il affirme lâcher souvent des objets avec sa main gauche. Il s'avère encore incapable de porter un sac de 2-3 kg et doit souvent changer de main pour cela. Ce dernier affirme avoir exercé depuis son plus jeune âge la profession de garçon de café.

L'examen général a mis en évidence chez lui un status général dans les limites de la norme avec un poids de 64 kg pour 170 cm, constituant un poids normal. Le status général ne mettait pas en évidence d'anomalies significatives et l'on relevait une discrète hypertension artérielle diastolique. Ses paramètres cardiovasculaire s'avéraient être alignés et l'examen des grands parenchymes ne présentait pas d'anomalies significatives.

L'examen neurologique révélait des nerfs crâniens intacts, mais l'examen du membre supérieur gauche mettait en évidence une réduction de la force dans la flexion et extension du poignet. Les reflexes ostéo-tendineux s'avéraient présents et symétriques alors qu'on constatait une hyperesthésie dans le territoire métamérique C7 gauche avec, du côté controlatéral, une force, un tonus, une coordination et des reflexes présents et symétriques, s'accompagnant d'une hypoesthésie dans les territoires métamériques C5-C6 droits. La force de préhension des mains était particulièrement réduite à gauche.

Au niveau des membres inférieurs, la force musculaire était intacte dans l'ensemble des myotomes innervés par les racines nerveuses s'étendant de L3 à S1. Les reflexes ostéo-tendineux s'avèrent présents et symétriques, et l'on relevait une hypoesthésie dans le territoire métamérique L4 droite, associée à des paresthésies dans le pied droit. Par contre, il n'existait pas d'argument pour une fibromyalgie.

De même, les articulations périphériques s'avéraient non tuméfiées, ne présentant pas de signes inflammatoires ou de déformations arthrosiques à leur niveau. L'examen du rachis cervical mettait en évidence une musculature des trapèzes contractée à droite mais normale à gauche. Par contre, les spinaux cervicaux s'avéraient parfaitement relâchés. Les rotations cervicales s'avéraient diminuées à 30°, des deux côtés. De même, les latéoflexions s'avéraient réduites à 20° des deux côtés. La flexion étagée des articulaires postérieures était douloureuse du côté droit.

Sur le plan radiologique, le rachis affichait une inflexion scoliotique à convexité droite avec une arthrose des masses latérales qu'accompagnait une arthrose des apophysaires postérieures pluriétagées.

[...]

Sur le plan radiologique, ce rachis [lombaire] affichait une scoliose lombaire à convexité droite à grand rayon de courbure et l'on relevait une hyperlordose lombaire assez importante s'accompagnant d'une arthrose des articulaires postérieures pluriétagées.

Ainsi, l'examineur pouvait poser le diagnostic d'un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques, colligés sous l'item F32.2 de la 10^{ème} classification de l'OMS.

Son propre père s'est suicidé très jeune alors que le jeune homme n'avait que 15 ans. De plus, ce dernier affirme être triste, ayant dû se séparer par la force des choses de son amie. Ce dernier aurait reçu entre temps des arriérés d'impôts et déclare fuir les fêtes et rester tout seul pendant ces dernières. Il présente également un sentiment de culpabilité vis-à-vis des projets qu'il n'a pu mener à bien, ayant connu un échec commercial en 2003, avec une faillite à la clé. Ce dernier affirme ne valoir plus rien, présentant des troubles mnésiques concomitants, son sommeil étant perturbé avec des difficultés d'endormissement. Ce dernier affirme penser souvent à la mort. L'examineur a fréquemment vu perler des larmes dans les yeux de Monsieur L. _____, ce dernier exprimant une importante sensibilité.

Conclusions asséurologiques

En résumé, Monsieur L. _____ présente des troubles dégénératifs importants du rachis cervical et lombaire associés à une dépression sévère s'accompagnant

d'un important ralentissement psychomoteur. L'examineur estime que la capacité de travail de Monsieur L._____ ne dépasse pas 50 %. De la sorte, l'examineur souhaite que cette instance pousse l'assuré à demander une demi-rente d'invalidité en raison de ses troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire ainsi qu'en raison de sa dépression sévère."

La Dresse G._____ a rendu un nouveau rapport médical le 17 janvier 2008, précisant les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de la manière suivante : cervico-brachialgie gauche sur troubles dégénératifs sévères ; status après opération d'une hernie discale para-médiane gauche C5-C6 en 2004 ; stabilisation par ostéosynthèse de C4 à C6 ; lombalgies sur troubles dégénératifs ; épicondylite gauche ; syndrome anxio-dépressif sévère ; addiction à l'alcool en cours de sevrage. Concernant la répercussion de ces atteintes sur la capacité de travail, elle a précisé que les atteintes somatiques empêchaient son patient d'exercer son activité habituelle, tandis que l'asthénie et le ralentissement psychomoteur engendrés par le syndrome dépressif sévère contre-indiquaient toute reprise d'activité.

Le 14 février 2008, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, interrogé par l'OAI, a précisé ce qui suit concernant la cervicarthrose dont souffrait l'assuré : "Il [l'assuré] a été vu pour la dernière fois à ma consultation en date du 20.06.2005. Une mesure professionnelle est souhaitable, contrairement à la demande d'une rente. Ce patient peut effectuer une activité quasi normale, en particulier dans son ancien métier en tant que sommelier."

B. Dans un avis médical du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) du 3 décembre 2008, le Dr T._____ a relevé la nécessité de demander la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) au centre d'expertises médicales M._____ (ci-après : centre d'expertises médicales M._____), afin de préciser les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assuré. La Dresse H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, du centre d'expertises médicales M._____, ont rendu un rapport

d'expertise le 8 avril 2009, sur la base d'un examen de l'assuré effectué le 12 février 2009. Ils ont retenu les diagnostics (selon la classification CIM-10) avec répercussion sur la capacité de travail de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25), présents depuis l'âge de 20 ans, aggravés depuis fin 2006 ; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs, syndrome de dépendance, utilisation continue (F13.25), présents depuis 2007 ; cervicalgies chroniques sur cervicarthrose étagée et status après cure de hernie discale C5-C6 avec fixation C4-C5 et C6 depuis 2004 (M50.1) ; dorso-lombalgies sur troubles de la posture et hernie discale D5-D6 depuis 2004 (M51) et épicondylite bilatérale chronique depuis 2006 (M77.1). Ils ont relevé comme n'ayant pas d'effets sur la capacité de travail les diagnostics d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) présent depuis 2007 et troubles mixtes de la personnalité (borderline et dépendante ; F61.0), présents depuis jeune adulte. Leur appréciation du cas est la suivante :

"Au plan somatique

[...]

L'état actuel du patient ne lui permet pas de travailler dans son activité de serveur. Il ne peut plus prendre et soulever du poids avec sa main gauche. Le port de poids de plus 5 kilos augmentent les douleurs au niveau de tous le rachis. La station debout sans bouger ou en piétinant n'est pas possible plus de 45 minutes. Les troubles de l'équilibre et les tremblements des membres supérieurs augmentent l'importance de ces restrictions.

Sa capacité de travail dans cette activité est de 0 %.

Dans un travail adapté, sans port de charge, sans position debout prolongée, avec la possibilité de changer de position toutes les 45', sans flexion du rachis et sans mouvements de la nuque exagérés, il peut travailler à 100 %, par exemple dans un travail de bureau.

Au plan psychiatrique

Le père de l'expertisé s'est suicidé par pendaison lorsque l'expertisé était âgé de 15 ans (1972). En 1990, M. L. _____ a également perdu un frère dans un accident.

Depuis l'âge de 20 ans, M. L. _____ présente une dépendance à l'alcool qui s'est ponctuellement aggravée suite au décès de sa mère en 2000 puis deux mois plus tard du suicide par arme à feu de son frère cadet.

En 2001, Monsieur requiert un suivi psychiatrique privé auprès de la Dresse A. _____ afin de gérer au mieux sa consommation d'alcool et faire face à ses différents deuils. Monsieur effectue un premier sevrage d'alcool aidé par une prise de Campral®. Un an plus tard il cesse ce suivi, l'évolution étant favorable.

Peu après, Monsieur reprend une consommation d'alcool qui s'aggrave dès fin 2006 suite à des problèmes somatiques et une mise à l'arrêt de travail.

À noter une dépendance aux jeux de 2000 à 2006.

Dès janvier 2007, en raison d'une dépression réactionnelle, un traitement antidépresseur de Citalopram 40 mg est introduit.

Fin 2006, la dépendance à l'alcool s'aggrave ; Dès 2007, Monsieur est suivi par la E._____.

L'expertisé est hospitalisé une première fois à S._____ du 28.08.2007 au 08.09.2007 [...]. A la sortie, des entretiens avec M. R._____, psychologue à la E._____ sont poursuivis et de manière plus rapprochée.

Une 2^{ème} hospitalisation a lieu du 17.06.2008 au 04.07.2008 à S._____ en raison d'une intoxication alcoolique aiguë [cf. rapport de sortie du 6 août 2008]. La prise en charge auprès de M. R._____ de la E._____ et du médecin traitant se poursuit ; toutefois la consommation d'alcool est toujours importante.

Du 23.07.2008 au 08.08.2008, Monsieur est à nouveau hospitalisé pour intoxication alcoolique aiguë et idées suicidaires [cf. rapport de sortie du 30 janvier 2009]. Un examen neuropsychologique conclut à de discrètes séquelles d'intoxication éthylique et à des résultats globalement bons compte tenu du niveau de scolarité.

A l'examen clinique, M. L._____ est manifestement sous l'effet de benzodiazépine, confirmé par un taux sérique élevé d'alprazolam (Xanax®). Je relève une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque de l'énergie vitale, une diminution de la confiance en soi et des difficultés à soutenir son attention et à se concentrer. Ceci correspond à un épisode dépressif léger sans syndrome somatique, secondaire à la dépendance chronique à l'alcool.

Les défenses de type clivage, projection, déni, agir et la dépendance affective de M. L._____ font conclure à des troubles mixtes de la personnalité, état limite et évitant. Cette personnalité existe depuis jeune adulte. Elle est actuellement mal compensée.

La problématique majeure de M. L._____ est sa dépendance continue à l'alcool avec des intoxications aiguës. Cette dépendance primaire nécessiterait un sevrage en milieu hospitalier suivi d'un séjour en milieu résidentiel pendant plusieurs mois.

Au vu de l'évolution défavorable, de la dépendance chronique à l'alcool et de la démotivation de l'expertisé, le pronostic paraît mauvais quant à la reprise d'une activité professionnelle."

Sur la base de ce rapport, le Dr T._____ a rendu un rapport médical le 6 mai 2009, retenant les éléments suivants :

"Sur le plan strictement ostéo-articulaire, sa capacité de travail [à l'assuré] est nulle dans l'activité habituelle et pourrait théoriquement être entière dans une activité adaptée.

En raison des séquelles neurologiques et psychiatriques de l'éthylisme chronique, la capacité de travail est estimée nulle dans toute activité.

L'éthylisme étant qualifié à juste titre de primaire par l'expert, on serait en droit de subordonner l'octroi de prestations de l'AI à un sevrage. Toutefois les chances

de succès d'un sevrage éthylique sont réduites après plus de trente ans de consommation et en l'absence de volonté de la part de l'intéressé. Rappelons que trois tentatives de sevrage en milieu hospitalier ont déjà échoué en 2007 et 2008. D'autre part, même en cas d'abstinence prolongée, il n'est pas possible de prédire dans quelle mesure les troubles neurologiques et neuropsychologiques vont régresser. Médicalement, on ne peut donc certainement pas garantir une amélioration significative de la capacité de travail par sevrage éthylique."

C. Le 12 mai 2009, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2007 (compte tenu du délai de carence d'une année prévu par l'art. 29 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 830.20], dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

la caisse de pension K. _____ (ci-après : la Caisse), institution de prévoyance LPP de l'assuré, a pris position sur le projet précité le 11 juin 2009, comme le prévoit l'art. 73ter RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201). Elle a relevé que d'après l'expertise du centre d'expertises médicales M. _____, l'assuré était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée sur le plan somatique. Sur le plan psychique, toujours selon le centre d'expertises médicales M. _____, la cause première de l'invalidité était la dépendance à l'alcool, les dépressions sans syndrome somatique en étant la conséquence. Un sevrage devait ainsi permettre la disparition des dépressions. L'addiction à l'alcool n'étant ni reconnue comme maladie invalidante, ni comme maladie assurée par la Caisse, celle-ci a estimé que le droit à une rente de l'assuré devait être nié.

Le 29 juillet 2009, l'OAI a rejeté les objections de la Caisse, considérant qu'elles n'apportaient aucun élément nouveau susceptible de modifier sa position.

L'OAI a ainsi rendu une décision le 14 août 2009 octroyant à l'assuré une rente entière dès le 1^{er} septembre 2009, précisant qu'une décision concernant la période du 1^{er} décembre 2007 au 31 août 2009 serait rendue ultérieurement. Dite décision a été rendue le 28 septembre 2009, octroyant une rente entière à l'assuré pour la période précitée.

D. Par acte du 30 octobre 2009, la caisse de pension K._____ a recouru au Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI du 28 septembre 2009. Elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de l'affaire à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle reproche en substance à l'autorité intimée d'avoir admis l'existence d'une invalidité de l'assuré au sens de l'art. 8 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), alors même que ce dernier n'avait pas effectué les traitements et les mesures de réadaptation exigibles au sens de l'art. 7 LPGA, condition *sine qua non* pour pouvoir admettre l'existence d'une incapacité de gain et partant d'une invalidité.

Dans sa réponse du 26 janvier 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, reprenant les constatations du rapport SMR du 6 mai 2009.

La recourante a renvoyé aux conclusions de son recours par écriture du 9 mars 2010.

L._____ a adressé à la Cour de céans une requête d'intervention par l'intermédiaire de son mandataire le 11 janvier 2010. Cette requête ayant été acceptée, l'assuré a répondu au recours de la Caisse par acte du 23 avril 2010, concluant à son rejet. Il considère en substance que le sevrage - en tant que traitement selon l'art. 7 LPGA - n'est pas exigible et que le syndrome de dépendance, au même titre que les troubles cognitifs, les troubles neurologiques et neuropsychologiques, constituent une atteinte à la santé ayant un impact sur la capacité de travail.

La Caisse a renoncé à se prononcer plus avant par écriture du 24 juin 2010.

Les arguments des parties seront repris ci-après dans la mesure utile.

E. Suite au départ à la retraite du premier juge instructeur de la cause, celle-ci a été reprise le 1^{er} avril 2012 par le nouveau juge, ce dont les parties ont été informées par courrier du 12 juillet 2012.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions en matière d'assurance-invalidité contre lesquelles la voie de l'opposition (art. 52 LPGA) n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal compétent et selon les formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), par une institution de prévoyance touchée par l'évaluation de l'invalidité de l'OAI, puisque liée par la fixation du degré d'invalidité de celui-ci, ce qui lui donne le droit de recourir (art. 34, 59 et 49 al. 4 LPGA, en relation avec les art. 23 ss LPP [loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, RS 831.40] et ATF 132 V 1).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats, vu la valeur litigieuse réputée supérieure à 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Aux termes de l'art. 14 LPA-VD, l'autorité peut, d'office ou sur requête, appeler en cause ou autoriser l'intervention de personnes qui

pourraient avoir qualité de partie au sens de l'article 13 LPA-VD. Cette disposition prévoit à son al. 1 let. a qu'ont qualité de parties en procédure administrative les personnes susceptibles d'être atteintes par la décision à rendre et qui participent à la procédure. L'assuré remplit ces conditions en l'espèce, de sorte que son intervention dans la présente procédure est acceptée.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Est litigieuse en l'espèce la question de l'existence d'une atteinte invalidante de l'assuré au sens des articles 4 LAI et 8 LPGA pour la période du 1^{er} décembre 2007 au 31 août 2009.

La voie du recours de l'institution de prévoyance LPP lui est ouverte du fait qu'elle est liée par l'évaluation de l'invalidité de l'AI. Cependant, lorsque l'OAI omet d'intégrer l'institution de prévoyance dans sa procédure, en ne lui notifiant pas la décision d'octroi de rente, l'institution de prévoyance n'est pas liée par la fixation du degré d'invalidité selon le droit de l'assurance-invalidité (ATF 130 V 270 consid. 3.1 ; 129 V 73). Il n'y a ainsi pas lieu de lui ouvrir une voie de droit dans le cas où elle prend connaissance de la décision d'octroi de rente ultérieurement (ATF 132 V I consid. 3).

Seule la décision du 28 septembre 2009 a été notifiée à la Caisse, comme en témoignent les deux décisions elles-mêmes, ainsi que l'objet du recours. En vertu de ce qui précède, la présente procédure ne porte pas sur la décision de l'OAI du 14 août 2009 octroyant à l'assuré une

rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2009, la Caisse ayant la liberté de s'en écarter vu notamment le résultat de la présente procédure. L'OAI n'aurait en réalité pas dû statuer, dans sa première décision du 1^{er} août 2009, sur le droit à la rente pour la période dès le 1^{er} septembre 2009 sans avoir préalablement fixé le droit aux prestations pour la période antérieure (cf. arrêt de la Cour des assurances sociales AI 282/11 du 23 avril 2012 consid. 2d).

3. a) Selon le droit fédéral, 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 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 al. 1 LPGA).

En vertu de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit 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 être raisonnablement exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Selon l'art. 28 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré pourrait obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de 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 peuvent encore, raisonnablement, être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

c) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

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 plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.5 ; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Quant aux rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on en 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 (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n°15 p. 43 ; TF 9C_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3 ; TF 8C_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2 ; TF 9C_341/2010 du 12 octobre 2010 consid. 2.2 ; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4 ; TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3 et TF 9C_289/2007 du 29 janvier 2008 consid. 4.2).

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 et la référence citée ; TF 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2 ; TFA I 758/01 du 5 novembre 2002 consid. 1.1).

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 (TFA I 390/01 du 19 juin 2002 consid. 2). 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. En d'autres termes, 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 consid. 2.4 ; TFA I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2.3).

Lorsqu'il appert qu'une abstinence prolongée est de nature à permettre à l'assuré de recouvrer une capacité de travail complète, sans que le trouble de la personnalité n'influe négativement sur celle-ci, on ne peut tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré présente une atteinte à la santé psychique susceptible d'entraîner une invalidité. 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 (TFA I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les références). Lorsqu'une toxicodépendance n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, on emploie parfois la terminologie d'affection "primaire", qui n'est pas constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale (TF 9C_219/2007 du 3 avril 2008 précité).

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 précité et les références).

5. a) Afin de pouvoir déterminer si l'assuré souffrait d'une invalidité lui ouvrant le droit à une rente AI pour la période du 1^{er} décembre 2007 au 31 août 2009, il convient de se prononcer sur l'éventuelle existence, pour ladite période, d'une atteinte à sa santé physique, indépendante des atteintes liées à la consommation d'alcool et de benzodiazépines, d'une atteinte à sa santé psychique, ainsi que, le cas échéant, sur l'importance de celle-ci, ses liens avec la dépendance et son influence sur la capacité de travail de l'assuré.

b) Il est constant que l'assuré souffre d'atteintes à sa santé physique (cervicalgies, lombalgies et épicondylite) ayant pour conséquences des limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de position debout prolongée, possibilité de changer de position toutes les 45 minutes, pas de flexion ou extension du rachis, pas de mouvement de la nuque exagéré). Ceci est admis tant par les médecins traitants que par le centre d'expertises médicales M._____. Le SMR a ainsi reconnu une capacité entière de l'assuré dans une activité adaptée, d'un point de vue strictement somatique (rapport du 6 mai 2009). Cette appréciation n'étant contestée ni par la recourante, ni par l'intimé, ni par l'assuré, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant cette question.

c) Il n'est pas contesté que l'assuré souffre de dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines. Cette dépendance est suffisamment établie, tant par les rapports des médecins traitants, que par les expertises du Dr J._____ et du centre d'expertises médicales M._____. La dépendance ne constituant pas une invalidité en soi au sens de la loi (cf. supra consid. 4), il convient tout d'abord de se demander si elle a provoqué une maladie qui entraîne une atteinte nuisant à la capacité de gain. Pour qu'une telle atteinte puisse être admise, il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par l'assuré. Dans le cas d'espèce, s'il apparaît qu'une abstinence prolongée est de nature à permettre à l'assuré de recouvrer une capacité de travail complète, on ne

peut tenir pour établi que l'assuré présente une atteinte à la santé psychique susceptible d'entraîner une invalidité.

La tentative de sevrage effectuée par l'assuré en 2007 a révélé que l'état dépressif de ce dernier était avant tout une conséquence directe de sa consommation chronique d'alcool. Cette abstinence avait par ailleurs entraîné la disparition des dépressions. Une évolution favorable de l'état psychique de l'assuré a également été observée lors du sevrage lié à sa deuxième hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique S._____ (cf. rapport de sortie du 6 août 2008). Un examen neuropsychologique a été effectué le 8 août 2008 à l'occasion de la troisième hospitalisation de l'assuré. Le rapport d'examen fait état de résultats globalement bons pour le niveau de scolarité, avec des troubles antérieurs compatibles avec de "discrètes séquelles d'intoxication éthylique". Le centre d'expertises médicales M._____ a admis le caractère primaire de la dépendance et la nécessité d'un sevrage et s'est basé sur le manque de motivation de l'assuré pour émettre un pronostic mauvais quant à une évolution favorable de son état de santé. Il n'a pas laissé entendre que des séquelles liées à l'alcoolisme et à la dépendance aux benzodiazépines persisteraient, dans une mesure notable, en cas de sevrage réussi. Les médecins traitants de l'assuré n'ont pas non plus amené d'éléments permettant de retenir que les troubles psychiques de l'assuré auraient persisté après un sevrage dans une proportion si grande qu'il se justifierait d'admettre l'existence d'une invalidité sur le plan psychique.

Le SMR a par ailleurs lui-même admis que l'éthylisme de l'assuré devait être qualifié de primaire, se bornant à mentionner les faibles chances de succès d'un sevrage pour justifier l'admission d'une incapacité totale de travail au chef de la dépendance.

L'expertise du centre d'expertises médicales M._____ a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes de l'assuré. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions dûment motivées. Cette expertise remplit les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine

valeur probante (cf. supra consid. 3c), de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Ni le SMR, ni les médecins traitants n'amènent d'éléments susceptibles de mettre en doute les conclusions du centre d'expertises médicales M._____, de sorte qu'il n'y a pas non plus lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que la dépendance de l'assuré à l'alcool et aux benzodiazépines n'a pas provoqué, pour la période litigieuse, de maladie entraînant une atteinte nuisant à sa capacité de gain.

d) Il reste à examiner si la dépendance résulte d'une atteinte ayant valeur de maladie. Pour pouvoir admettre une telle atteinte, la comorbidité psychiatrique doit être suffisamment grave pour pouvoir justifier en soi une diminution de la capacité de gain, qu'elle soit de nature à entraîner la dépendance et contribue dans des proportions considérables à cette dépendance.

En l'espèce, l'expertise du centre d'expertises médicales M._____ relève que l'assuré souffre de troubles mixtes de la personnalité depuis jeune adulte, troubles qui ne l'ont jamais empêché de travailler. La dépendance, de l'avis convergent des médecins traitants et du centre d'expertises médicales M._____, est par ailleurs la conséquence d'un contexte familial difficile et non celle des troubles de la personnalité déjà présents. Il n'y a donc pas lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique justifiant en soi une diminution de la capacité de gain.

e) Concernant la question de l'exigibilité du sevrage, les médecins du centre d'expertises médicales M._____ affirment qu'un sevrage est nécessaire et qu'il permettrait l'amélioration de la capacité de travail de l'assuré. Cette amélioration a d'ailleurs été clairement constatée par le Dr F._____ en 2007. L'assuré, dans son écriture du 23 avril 2009, se borne à critiquer le fait que l'expertise n'émet aucun pronostic quant à l'influence d'un sevrage sur sa capacité de travail, mais n'amène aucun

élément susceptible de remettre en doute les constatations objectives faites à la suite des tentatives de sevrages déjà effectuées. Les médecins du centre d'expertises médicales M._____, tout comme le SMR et l'assuré lui-même, doutent des chances de succès d'un sevrage essentiellement sur la base du manque de motivation de l'assuré, ce qui ne constitue pas une raison de nier l'exigibilité du sevrage. Il ne ressort en tout les cas d'aucun document au dossier, qu'un sevrage serait exclu. Le fait que l'OAI et le SMR renoncent à le demander, ne croyant pas à son résultat, ne change par ailleurs pas le fait que la dépendance dont souffre l'assuré a un caractère primaire, ne constituant pas une invalidité au sens de l'AI, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner plus avant cette question. Pour cette même raison, peut rester indécise la question de savoir si en l'espèce le droit de l'assuré à une rente de l'AI peut ou non être subordonné à un sevrage.

f) En conclusion, il convient de retenir le caractère primaire de la dépendance dont souffre l'assuré et partant l'absence d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale sur le plan psychique. Il y a ainsi lieu de reconnaître une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, conséquences des atteintes à la santé physique. Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision de l'OAI du 28 septembre 2009 annulée. La cause doit être renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle établisse le taux d'invalidité en procédant à une comparaison des revenus et rende une nouvelle décision dans le sens des considérants.

6. a) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'est pas représentée, ni à l'assuré, qui n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 28 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- la caisse de pension K. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- DAS Protection Juridique SA (pour L. _____),
- 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 :