

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 avril 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
 Mme Dessaux, juge et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourant,

et

E._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8 LPGA, 28 LAI

E n f a i t :

A. A la suite d'une procédure de détection précoce, J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), technicien de maintenance en électricité, né en 1956, a déposé le 20 octobre 2010 une demande de prestations AI en faisant état d'une incapacité de travail ayant débuté le 9 février 2010 en raison d'un épisode de trouble anxio-dépressif.

Procédant à l'instruction du cas, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a invité le psychiatre traitant de l'assuré, le Dr V._____, à le renseigner. Dans son rapport du 22 novembre 2010, ce spécialiste a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome somatique (F 33.11) et de troubles anxieux (F41.9) existant depuis 2009, ainsi que de « sp section de P2 à P3 de la D1 à D4 » de la main droite (avant 2000) et de dyspnée d'effort (non investiguée pour le moment). Il a diagnostiqué également une fracture épiphysaire du tibia droit et un syndrome des loges de la jambe droite, existant depuis 2000, sans effet sur la capacité de travail. Le traitement avait débuté le 9 février 2010. Le Dr V._____ a précisé que son patient s'était blessé à la main droite à la fin des années 90, qu'il avait ensuite quitté la Suisse pour K._____ avant de rentrer en Suisse pour contribuer à l'entretien de ses deux enfants majeurs aux études. Sans travail, il avait développé une symptomatologie anxio-dépressive devenant de plus en plus invalidante dans une situation sociale précaire. Le Dr V._____ faisait ainsi état d'une dégradation de l'état général, en particulier en raison d'un mauvais état dentaire qui limitait son alimentation. L'incapacité était totale dans l'activité habituelle depuis le 28 janvier 2010, une activité adaptée étant possible à temps partiel (60% à 80% de la capacité en fonction de la tâche).

Par avis du 9 décembre 2010, le Dr B._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a proposé la mise en œuvre d'un examen clinique psychiatrique au SMR pour clarifier la situation. Il a

notamment relevé que l'assuré avait repris son travail à la suite de la perte des phalanges distales des 4 premiers doigts de la main droite à la fin des années 90. En 2000, il avait été victime d'une fracture métaphysaire du tibia droit, compliquée par un syndrome des loges, mais avait ensuite repris son activité habituelle. En 2007, il avait quitté son travail pour aller vivre aux K._____ avec sa nouvelle épouse. Il était revenu en Suisse pour des raisons financières.

Selon un rapport d'évaluation AI du 12 janvier 2011, l'assuré se rendait trois fois par semaine de 8h30 à 13h30 environ chez S._____ à Z._____, depuis environ deux ans et présentait un talent manifeste pour les petites réparations. Toutefois, ses moniteurs relevaient que malgré ses connaissances/capacités techniques et sa volonté de bien faire les choses, il était particulièrement fragile physiquement et psychologiquement.

L'assuré a été examiné le 13 janvier 2011 par la Dresse I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin au SMR. Dans son rapport d'examen clinique psychiatrique du 1^{er} février 2011, cette spécialiste a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, actuellement épisode léger, sans syndrome somatique (F33.00), et celui sans effet sur la capacité de travail d'utilisation d'alcool nocive pour la santé (F10.1). Elle a en outre retenu ce qui suit :

« Après son deuxième mariage, l'assuré s'installe aux K._____ avec sa deuxième épouse. Mais, en raison d'importantes difficultés financières, il est obligé de rentrer en Suisse en 2008. Confronté à la solitude, des difficultés financières et sans retrouver du travail, l'assuré développe une symptomatologie anxio-dépressive accompagnée d'une augmentation de la consommation d'alcool et son état nécessite une hospitalisation à l'Hôpital de T._____, suivie d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire.

Selon le psychiatre-traitant, le Dr V._____, dans son rapport médical du 22.11.2010, l'assuré souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome somatique et trouble anxieux et sa capacité de travail exigible est nulle depuis le 28.01.2010.

A l'examen clinique de ce jour, nous avons constaté une amélioration de l'état de l'assuré qui ne présente plus de ralentissement psychomoteur, d'anhédonie, d'hypomimie, de retrait social, car sa vie

sociale est décrite comme normale, des idées noires ni des troubles de la concentration et de la mémoire. Il persiste encore une fatigabilité, des ruminations et une diminution de la confiance en soi, symptomatologie d'intensité légère. Il s'agit d'un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique qui selon la CIM-10 est caractérisé par la présence de deux symptômes typiques suivants : humeur dépressive et augmentation de la fatigabilité associés à deux autres symptômes dépressifs suivants : diminution de la confiance en soi et un sentiment de dévalorisation d'intensité légère.

L'épisode dépressif léger fait partie d'un trouble dépressif récurrent qui est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère, en l'absence de tout antécédent d'épisode indépendant, d'exaltation de l'humeur et de l'augmentation de l'activité, répondant aux critères d'une manie. Effectivement, en 2005, l'assuré a déjà développé une symptomatologie anxio-dépressive avec idées suicidaires qui a abouti à un tentamen par veinosection et une hospitalisation à l'Hôpital de T._____.

Selon l'assuré, son état s'améliore progressivement depuis décembre 2010.

Nous avons retenu également le diagnostic d'utilisation d'alcool nocive pour la santé qui débute à l'âge de 16-17 ans et qui n'est pas la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale, engendrant une invalidité et qui 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. Il s'agit d'un alcoolisme primaire qui n'est pas du ressort de l'Al et qui devrait être investigué par le médecin-traitant.

En conclusion, l'assuré souffre d'un trouble dépressif récurrent, en amélioration depuis décembre 2010 et actuellement d'intensité légère, sans incidence sur la capacité de travail qui est de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

La capacité de travail exigible est de 100% depuis décembre 2010 et objectivée à l'examen de ce jour.

Limitations fonctionnelles

Actuellement, l'assuré ne présente pas de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. Les difficultés à trouver un travail, les dettes 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?

Incapacité de travail à 100% du 28.01.2010, selon le psychiatre-traitant dans son rapport médical du 22.11.2010.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Depuis décembre 2010, suite à une amélioration de son état, sur le plan psychiatrique la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

SUR LE PLAN PUREMENT PSYCHIATRIQUE, L'ASSURÉ POURRAIT BÉNÉFICIER DU PROGRAMME DE RÉINSERTION PROFESSIONNELLE

PROGRESSIVEMENT ET EN FONCTION D'ÉVENTUELLES LIMITATIONS FONCTIONNELLES SOMATIQUES.

A TRADUIRE EN TERMES DE METIER PAR UN SPECIALISTE EN READAPTATION.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE :

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 100%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %

DEPUIS LE : DEPUIS DÉCEMBRE 2010 ET OBJECTIVÉE À L'EXAMEN CLINIQUE DE CE JOUR ».

Dans son rapport à l'OAI du 25 mars 2011, la Dresse W._____, médecin traitant, a fait état d'un trouble anxio-dépressif existant depuis le divorce de l'assuré en 1994. S'agissant de la capacité de travail, elle a expliqué que son patient parvenait à travailler trois matins par semaine à S._____, sa capacité de travail étant nulle. Dans l'anamnèse, la Dresse W._____ a mentionné que l'assuré se plaignait de dyspnée et de mal de dos. Elle a constaté la présence d'un tabagisme à un paquet par jour et d'un emphysème au CR thorax du 6 avril 2010.

Selon les conclusions du rapport d'examen du Dr O._____, spécialiste en radiologie, du 5 avril 2011, le CT thoracique du 4 avril 2011 mettait en évidence d'importants remaniements emphysémateux et des infiltrats séquellaires aux deux apex. Il n'y avait pas de nodule ou de masse parenchymateuse suspecte visible. Le reste des données était dans les limites de la norme.

Sur demande de l'OAI, le Dr F._____, spécialiste en gastroentérologie, lui a communiqué son rapport du 10 mai 2011 à la Dresse W._____. Le Dr F._____ y avait noté ce qui suit :

« Conclusion : - hernie hiatale par glissement sans oesophagite de reflux ; ébauche d'anneau de schatzki ; discrète hyperhémie antrale sinon oesogastroduenoscopie normale.

Discussion : Cet examen nous permet d'exclure une pathologie sténosante, peptique ou tumorale que suggérait l'anamnèse ; la hernie hiatale n'est pas accompagnée d'une oesophagite de reflux sévère ; l'ébauche d'anneau de Schatzki ne réalise pas de sténose. La dysphagie est relativement difficile à expliquer d'autant plus que l'endoscopie ne met pas en évidence un aspect d'oesophagite à éosinophiles. Je propose dans ces conditions dans un premier temps un traitement par IPP dans l'idée d'un syndrome de reflux à

manifestations atypiques. Si l'évolution n'est pas favorable je propose d'effectuer un radio-cinéma oesophagien et une manométrie oesophagienne. Le scan-thoracique récent ne met pas en évidence de lésion thoracique focale suspecte ».

Le Dr F._____ a également adressé à l'OAI le rapport du 1^{er} juin 2011 du Dr O._____, qui concluait que le transit oeso-gastro-duodéal [TOGD] ne montrait pas d'anomalies visibles au niveau pharyngé et oesophagien à l'exception d'un péristaltisme oesophagien relativement lent. L'estomac présentait une morphologie normale, se vidait normalement et présentait un péristaltisme également relativement lent. Il n'y avait pas d'autres anomalies visibles.

Dans un courrier à l'OAI du 5 octobre 2011, le Dr V._____ a retenu les nouveaux diagnostics au plan somatique d'emphysème pulmonaire bulleux bilatéral, de BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) chronique modérée et de dysphagie d'origine indéterminée. Il a fait à nouveau état de la section de P2 à P3 de D1 à D4 de la main droite, et, au plan psychiatrique, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome somatique (F33.11) et de trouble anxieux (F41.9). Le Dr V._____ a expliqué que sur le plan organique, l'assuré présentait une dyspnée d'effort qui avait été investiguée auprès de la Dresse X._____, spécialiste en pneumologie. Globalement, il présentait une résistance limitée avec une fatigabilité importante, en partie secondaire aux troubles somatiques et psychologiques. Cela signifiait qu'il ne pouvait travailler qu'à 50% au maximum.

Dans son rapport du 12 décembre 2011 à l'OAI, la Dresse X._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de BPCO de degré modéré et d'emphysème bulleux bilatéral existant depuis mars 2011. Elle a retenu sans effet sur la capacité de travail une dysphagie d'origine indéterminée depuis 2011 et des séquelles pleuropulmonaires non spécifiques. Elle a retenu une incapacité de travail totale dans la profession de monteur en ascenseurs. Elle a relevé qu'avec l'atteinte de la capacité de diffusion du CO, une activité physique à plein

temps était inconcevable. Une activité à temps partiel avec une limitation du port de charge pourrait être autorisée.

Sur demande du SMR, la Dresse X. _____ a indiqué le 21 mars 2012 que la limite fonctionnelle était évaluée par la capacité de diffusion du CO très altérée empêchant une activité physique plus intense et nécessitant un repos intermittent. Invitée à préciser la capacité de travail en pour-cent dans une activité légère sédentaire, la Dresse X. _____ a estimé qu'une capacité de travail dans le métier actuel était possible à raison d'un temps partiel au maximum de 40% avec un port de charges limité et une exposition limitée à la poussière et aux toxiques respiratoires. Dans une autre activité professionnelle sédentaire, une activité à 100% était envisageable, depuis le 31 mars 2011 (soit la date à laquelle la Dresse X. _____ avait effectué des mesures fonctionnelles objectives).

Par avis du 3 avril 2012, le Dr D. _____ du SMR a relevé que la capacité de travail était de 40% dans l'activité exercée depuis le 31 mars 2011, mais de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir, en sus des limitations déjà annoncées, une exposition limitée à la poussière et aux toxiques respiratoires), depuis décembre 2010.

Dans un rapport à l'OAI du 21 mai 2012, le Dr V. _____ a de nouveau posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, d'emphysème pulmonaire bulleux bilatéral, de BPCO modérée et de dysphagie et perte pondérale. Il a expliqué que l'évolution de son patient n'avait pas été favorable ces derniers mois, dans la mesure où il présentait une exacerbation des troubles de la déglutition à tous les aliments solides, causant une perte de poids. Il n'avait pu se rendre à S. _____ les dernières semaines en raison d'une fatigue excessive, le patient attribuant ces symptômes marqués aux troubles digestifs. La gêne respiratoire était également exacerbée le matin. Ces symptômes causaient en outre une exacerbation des symptômes dépressifs.

Compte tenu de la dysphagie annoncée par le Dr V. _____ dans son rapport du 21 mai 2012, le Dr D. _____ du SMR a estimé nécessaire de demander des informations au Dr F. _____ (avis médical du 16 octobre 2012).

Le 24 octobre 2012, le Dr F. _____ a fait savoir à l'OAI qu'il avait vu l'assuré pour gastroscopie le 27 avril 2012, ainsi que pour une manométrie oesophagienne. Il présentait un syndrome de reflux et un trouble moteur oesophagien. L'état général était toutefois conservé et de l'avis du Dr F. _____, il n'y avait pas de « liaison » avec une demande AI.

Par avis du 1^{er} novembre 2012, le Dr D. _____ du SMR a relevé que les incapacités indiquées dans l'avis du SMR du 3 avril 2012 restaient valables.

Par projet de décision du 30 novembre 2012, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations, en retenant une incapacité de travail totale dans la profession habituelle du 28 janvier 2010 au 30 mars 2011, puis de 40% dès le 31 mars 2011, et une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de travaux lourds, pas de travaux de force avec la main droite, pas de longues marches, ni de longues stations debout, exposition limitée à la poussière et aux toxiques respiratoires), depuis le mois de décembre 2010.

L'OAI a confirmé son projet par décision du 29 janvier 2013.

B. Par acte du 27 février 2013, J. _____ a recouru contre la décision de l'OAI du 29 janvier 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente. En substance, il fait valoir qu'il se trouve en incapacité de travail depuis le 28 janvier 2010 et que c'est de façon incohérente que l'OAI lui retient une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter du 28 janvier 2011, respectivement une capacité de travail de 40% dans son activité habituelle à compter du mois de mars 2011, alors que son état n'a

pas évolué et ne cesse de se détériorer. Il ajoute qu'il a toujours travaillé depuis son plus jeune âge et voudrait juste être reconnu dans ses souffrances, annonçant la production de rapports par ses médecins (traitants et psychiatres).

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire pour le paiement de l'avance de frais.

Dans un rapport daté du 3 avril 2013, le Dr V._____ a relevé que le trouble dépressif récurrent et le trouble anxieux présentés par son patient avaient peu à peu modifié sa personnalité, laquelle était désormais fortement influencée par la présence de schémas de perte de confiance en ses compétences et en l'avenir. Il était d'avis que malgré la prise en charge adaptée, l'évolution n'était pas favorable ces derniers mois, avec exacerbation des troubles de la déglutition à tous les aliments solides, causant une perte de poids supplémentaire avec exacerbation de l'état d'épuisement. Pour le Dr V._____, l'ensemble des troubles interagissaient de façon négative les uns sur les autres et péjoraient le pronostic, causant une incapacité de travail de 100%.

Dans sa réponse du 21 mai 2013, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il a joint à son envoi un avis du Dr D._____ du 14 mai 2013, qui relevait que rien n'indiquait que l'état de santé du recourant s'était modifié au plan psychiatrique depuis l'examen au SMR de janvier 2011. Concernant les atteintes somatiques, le Dr D._____ disait s'en tenir aux incapacités de travail retenues par les spécialistes.

Le recourant a produit le 1^{er} juillet 2013 un nouveau rapport de son psychiatre traitant, du 24 juin 2013, selon lequel l'incapacité de travail était confirmée par le responsable du [...] de S._____, à Z._____, qui était d'avis que le recourant ne pouvait plus travailler en raison de ses symptômes d'épuisement et de ses différents troubles, ne disposant plus d'assez d'énergie pour reprendre une activité professionnelle.

Dans ses déterminations du 30 juillet 2013, l'OAI a expliqué que le rapport du Dr V._____ du 24 juin 2013 n'était pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision.

Le recourant a enfin produit le 27 août 2013 un rapport du Dr V._____ du 21 août 2013, qui mentionnait une incapacité de travail totale avec état d'épuisement physique et psychique.

C. La Cour ayant considéré que l'instruction médicale n'avait pas été suffisante, une expertise judiciaire a été confiée au Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a examiné l'assuré le 14 novembre 2014 et l'a entendu par téléphone le 28 novembre 2014. L'expert a contacté également le Dr V._____ le 24 novembre 2014 par téléphone, ainsi que la Dresse W._____ le 20 novembre 2014, et a fait procéder le 14 novembre 2014 à des examens de laboratoire. Dans son rapport du 28 novembre 2014, le Dr R._____ a retenu les diagnostics de syndrome de dépendance alcoolique (F10.25), d'épisode dépressif en rémission (F32.6) et de trouble anxieux non spécifié (F41.9), également en rémission. L'expert a notamment retenu ce qui suit :

« **Appréciation finale**

Résumé du cas

L'assuré est un suisse d'origine [...], divorcé et père de deux enfants. Il dit ne conserver de contacts qu'avec l'un d'entre eux.

D'après les informations à disposition, les antécédents n'ont rien de particulièrement traumatique ou carencé. On retiendra toutefois des problèmes avec l'alcool tant dans la lignée paternelle que maternelle.

M. J._____ rapporte un développement psychomoteur normal en dehors d'une dyslexie qui s'est corrigée. La scolarité, la formation professionnelle et l'entrée dans la vie active n'ont pas rencontré de difficultés majeures. Globalement, on peut parler d'une bonne stabilité jusqu'au milieu des années 2000.

Le mariage de l'intéressé a duré quatorze ans. Après son divorce, M. J._____ s'est lié avec une ressortissante des K._____ avec laquelle il ne garde actuellement que des contacts épisodiques. Il a aujourd'hui rencontré une [...] qui vient de revenir en Suisse et qu'il devrait épouser prochainement.

Sur le plan psychiatrique, l'expertisé n'a été que peu ou pas symptomatique jusqu'au milieu des années 2000, en dehors d'une dépendance alcoolique qui semble installée depuis des années. Il a depuis lors été hospitalisé en milieu psychiatrique à deux reprises en situation de crise et de problèmes avec l'alcool.

Depuis février 2010, l'intéressé est régulièrement suivi par un médecin psychiatre de sa région. Le tableau clinique relève d'une problématique anxieuse et dépressive à côté de difficultés avec l'alcool que M. J. _____ banalise totalement.

Sur le plan somatique, le dossier laisse les traces d'un traumatisme de la main droite à l'âge de 17 ans. Ce traumatisme a laissé des limitations qui n'ont cependant pas empêché l'intéressé de travailler normalement dans son métier.

M. J. _____ souffre par ailleurs d'une pathologie pulmonaire et d'une pathologie digestive qui n'ont pas été considérées comme incapacitantes dans une activité adaptée au moment où l'office AI a pris sa décision de refus de prestations. Les soins pour ce motif sont aujourd'hui réduits à leur portion congrue.

M. J. _____ ne rencontre son médecin de famille qu'environ trois fois l'an et cette dernière confirme qu'il n'est pas l'objet d'investigations conséquentes ni d'une prescription médicamenteuse de sa part, ce qui parle contre une aggravation significative des troubles somatiques de l'assuré.

Depuis 2010, M. J. _____ considère que sa pathologie psychiatrique s'est amendée. Il n'a pas été ré-hospitalisé en milieu psychiatrique. Il garde le lien avec son médecin psychiatre. Il dit qu'il ne prend plus la médication antidépressive qui lui est prescrite. Il a des projets de vie dont celui de son tout prochain mariage.

Appréciation diagnostique

Au terme de son évaluation, le soussigné retient les diagnostics de syndrome de dépendance alcoolique (F10.25), d'épisode dépressif en rémission (F32.6) et de trouble anxieux NS (non spécifié) (F41.9). Ce dernier trouble est également en rémission.

□ Syndrome de dépendance alcoolique

Les classifications psychiatriques actuelles veulent appréhender la réalité psychopathologique avec précision et avec objectivité. Pour ce motif, elles ont mis en place des critères diagnostiques a-théoriques qui ne font pas allégeance à une école de pensée particulière. Elles ont grandement facilité le travail clinique, scientifique et statistique ainsi que la communication entre praticiens, malgré une composante réductrice qui peut occulter les singularités et la richesse de l'individu à qui s'applique un diagnostic donné.

Dans le cas des toxicomanies, le système de classification montre pourtant ses limites puisqu'il est fortement tributaire des informations données par le patient et des conclusions qu'en tire l'examineur. Le praticien expérimenté sait bien que les doses, la fréquence et la nature des substances consommées ne sont pas toujours rapportées fidèlement par les sujets en cause et que cette distorsion de l'information peut devenir la règle dans certains cas particuliers. Il n'est dès lors pas toujours possible de poser des diagnostics de certitude.

Quoi qu'il en soit, le principe classificatoire de base des toxicomanies et des alcoolismes passe par la définition préalable de quatre situations cliniques que sont la dépendance, l'abus, l'intoxication et le sevrage considérés à chaque fois pour la plupart des substances addictives.

Par dépendance, le DSM-IV-TR entend un mode de consommation inadapté d'une substance qui conduit à une souffrance et à un dysfonctionnement significatifs. La dépendance doit être accompagnée d'au moins trois manifestations d'une liste de sept. De cette liste, nous retenons les items de tolérance, de sevrage, d'incapacité à diminuer ou à stopper la consommation et d'une grande quantité de temps et d'énergie consacrée à la quête du produit. La CIM-10 a une définition tout à fait comparable.

Dans le cas présent, il n'y a aucun doute que M. J. _____ abuse d'alcool et ce, depuis de nombreuses années. Il admet de lui-même la consommation d'environ un litre de bière par jour ce qui dépasse les quantités usuellement admises par les normes médicales en la matière.

Si les tests hépatiques sont étonnamment normaux, le rapport d'US abdominal remis par le médecin traitant et effectué après traumatisme le 03.06.2014 révèle un foie "vraisemblablement stéatosique". La valeur très élevée de la CDT du 14.11.2014 prouve que l'assuré a récemment consommé des quantités beaucoup plus importantes que l'équivalent de ce litre de bière quotidien. L'abus chronique et important d'alcool ne fait aucun doute, quoi que dise l'intéressé à ce sujet.

Le problème avec l'alcool n'est pas mentionné dans le rapport du 22.11.2010 que le médecin psychiatre traitant adresse à l'assurance invalidité. Il est par contre formellement retenu tant par le rapport du 01.02.2011 de Mme le Dr. I. _____ du SMR Suisse romande que dans les deux rapports de sortie de l'hôpital psychiatrique de T. _____ de 2004 et de 2009.

La tolérance est vraisemblablement établie au vu des nombreuses années de consommation abusive. S'il n'a pas été objectivé de sevrage, il est vraisemblable que l'intéressé soit l'objet de comportements de craving.

En considérant ce tableau clinique dans sa globalité, tout indique qu'on est bien dans le champ du syndrome de dépendance alcoolique, comme cela avait d'ores et déjà été retenu lors des hospitalisations de l'intéressé à T. _____ en 2004 et 2009 et que ce syndrome est le diagnostic principal à poser dans ce cas.

□ *Trouble dépressif récurrent*

Les ouvrages diagnostiques de référence comprennent un chapitre des troubles de l'humeur qui classe les différents tableaux cliniques de ces divers troubles, selon les critères de sévérité, de l'éventualité d'une récurrence et d'une éventuelle alternance entre des phases d'élévation et d'abaissement de l'humeur. Les troubles bipolaires et les troubles dépressifs (majeurs) sont les maladies les plus graves. La dysthymie et la cyclothymie caractérisent des affections moins sévères, qui, dans la règle, ne devraient pas engendrer une incapacité de travail significative à elles seules.

La CIM-10 et le DSM-IV-TR ont des critères diagnostiques superposables. Pour la CIM-10, l'épisode dépressif répond aux caractéristiques suivantes qui sont définies aux lettres B et C de la description diagnostique.

La lettre B mentionne une première catégorie de symptômes. Il s'agit de l'humeur dépressive la plupart du temps tous les jours et au moins pendant deux semaines (1), de la diminution marquée de l'intérêt ou

du plaisir pour les activités habituellement agréables (2) et de la réduction de l'énergie ou de l'augmentation de la fatigabilité (3).

A la lettre C, la CIM-10 retient une deuxième catégorie de symptômes. Il s'agit de la perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi (1), des sentiments injustifiés de culpabilité (2), des pensées récurrentes de mort (3), de la diminution de l'appétit à penser et à se concentrer (4), de la modification de l'activité psychomotrice (5), des troubles du sommeil (6) et de la modification de l'appétit avec une variation du poids en conséquence (7).

C'est le nombre et l'intensité des signes et symptômes présents qui permettent d'apprécier la sévérité d'un épisode dépressif qui est classée en légère, moyenne ou sévère:

- L'épisode léger suppose la présence d'au moins deux des trois symptômes cités à la lettre B et d'au moins un des symptômes cités à la lettre C pour atteindre au moins quatre symptômes.
- L'épisode dépressif moyen suppose la présence d'au moins deux des trois symptômes des critères B et la présence de plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins six symptômes.
- L'épisode dépressif sévère requiert la présence des trois symptômes de la lettre B ainsi que plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins huit symptômes.

Dans le cas présent, il est probable que l'intéressé ait présenté un épisode dépressif, au vu de ce qu'atteste le médecin psychiatre traitant. Il n'y a pourtant aucune certitude que ce trouble ait été sévère sur la durée.

Ce que décrit le médecin psychiatre traitant dans son rapport médical du 22.11.2010 devrait valider les trois critères cardinaux à savoir la tristesse et la fatigue anormales (asthénie) ainsi que la perte d'intérêt et du plaisir (anhédonie, retrait social), même s'il n'est pas précisé que ces symptômes seraient présents la plupart du temps tous les jours et depuis plusieurs semaines.

Ce même rapport du 22.11.2010 fait état d'un ralentissement psychomoteur (hypomimie, ralentissement), de probables idées suicidaires récurrentes (idées noires) et de difficultés à penser et à se concentrer (troubles de la concentration et de la mémoire). Il n'est mentionné nulle part que le sujet aurait des troubles du sommeil et de l'appétit avec modification du poids en conséquence.

Avec trois critères cardinaux et trois critères secondaires, l'épisode dépressif de M. J. _____ doit être qualifié de moyen et non pas de sévère. On est même à la limite inférieure de ce degré de gravité.

Les rapports médicaux du médecin psychiatre traitant du 16.12.2010, du 05.10.2011, du 21.05.2012, du 03.04.2013, du 24.06.2013 et du 21.08.2013 n'apportent pas d'arguments pour retenir un degré de sévérité plus important que moyen.

Lors de la présente évaluation, on ne retrouve plus de symptomatologie dépressive significative. La fatigue pourrait être la conséquence de l'abus d'alcool. La diminution de l'appétit pourrait également être la conséquence de l'abus d'alcool. Elle ne peut d'ailleurs pas être validée comme un item d'épisode dépressif puisque le poids reste stable.

Le tableau clinique actuel n'est d'ailleurs pas celui d'une personne déprimée. L'assuré garde bien le focus de l'entretien. Il n'est pas

ralenti. Il peut sourire et s'animer en séance. Il répond positivement à l'humour.

Au vu de ce qui précède, on doit considérer que le probable épisode dépressif de M. J. _____ est en rémission.

La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque n'a pas été contributive. Le trouble bipolaire doit dès lors être réfuté.

Tant l'anamnèse effectuée par le soussigné que les rapports médicaux de T. _____ parlent plutôt contre de véritables épisodes dépressifs multiples et des phases de rémission complète. L'expert considère qu'on ne devrait dès lors pas retenir la récurrence.

Le soussigné a recherché minutieusement d'éventuels symptômes psychotiques associés au tableau dépressif, sachant ce qu'ils impliquent en termes de sévérité. Il n'en a pas trouvés dans ce cas.

Au vu de ce qui précède, on doit poser un diagnostic d'épisode en rémission, selon la terminologie de la CIM-10 ou de trouble dépressif majeur (état actuel en rémission), selon la terminologie du DSM-IV-TR.

□ *Trouble anxieux NS (non spécifié)*

Dans une situation où une problématique anxieuse est suffisamment sévère pour justifier un diagnostic séparé et où le sujet en cause ne présente pas les critères d'un trouble anxieux spécifique ou d'un trouble de l'adaptation, le DSM-IV-TR préconise de retenir le trouble anxieux non spécifié qui porte le code F41.9 dans la nomenclature internationale.

Dans le cas présent, on pourrait admettre que l'intéressé ait présenté une anxiété sortant de l'ordinaire à une certaine période de l'évolution, au vu de ce qu'atteste le médecin psychiatre traitant.

D'après les informations à disposition, cette anxiété n'a jamais eu les caractéristiques d'un trouble spécifique (trouble panique, trouble panique avec agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif). Elle a pu être suffisamment importante pour générer une souffrance significative et provoquer une demande de soins. On peut dès lors admettre qu'il y ait eu le seuil diagnostique d'un trouble anxieux NS (non spécifié). L'expert peut par conséquent rejoindre l'appréciation diagnostique du médecin psychiatre traitant sur ce point.

Ce trouble anxieux NS (non spécifié) est aujourd'hui en rémission au vu de ce qui se dégage des plaintes et de l'observation de l'assuré.

□ *Autres pathologies psychiatriques*

La recherche d'autres pathologies psychiatriques n'a pas été contributive. On peut exclure un trouble de personnalité, si l'on applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence.

En dehors de ce que signifie le syndrome de dépendance alcoolique, l'assuré ne s'est pas montré particulièrement dysfonctionnel jusqu'aux faits qui nous préoccupent aujourd'hui. Sachant qu'un trouble de personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte, on est en droit de réfuter une telle pathologie. On peut en tout cas réfuter un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi.

M. J. _____ relève toutefois de traits de personnalité pathologique. Il est impulsif, ce qui pourrait lui poser problème en cas d'abus d'alcool. Il relève de forts traits de dépendance. Il pourrait avoir une tendance à l'isolement et au retrait social, même si ce comportement ne s'est peut-être installé que récemment. Ces traits de personnalité peuvent

favoriser l'émergence de troubles réactionnels (trouble de l'adaptation). Ils ne constituent pas une maladie en soi.

Appréciation sur le plan de la médecine des assurances

Au terme de son évaluation, le soussigné retient les diagnostics de syndrome de dépendance alcoolique (F10.25), d'épisode dépressif en rémission (F32.6) et de trouble anxieux NS (non spécifié) (F41.9). Ce dernier trouble est également en rémission.

□ Syndrome de dépendance alcoolique

L'assuré admet volontiers consommer exagérément de l'alcool depuis les débuts de l'âge adulte. Il tend néanmoins à en minimiser les quantités.

Au vu de ce qu'il a observé, l'expert considère que le syndrome de dépendance alcoolique est de loin le diagnostic principal dans ce cas.

En l'état, il n'y a pas d'atteinte cérébro-organique au vu de ce qui a été constaté cliniquement et du bon résultat obtenu aux tests neuropsychologiques de débrouillage du 14.11.2014. L'atteinte hépatique est apparemment asymptomatique. Les éléments de gastrite éthylique qui se dégagent du dossier peuvent valider une inappétence et une certaine gêne, sans plus. La fatigue et la fatigabilité n'étaient pas cliniquement manifestes le 14.11. 2014.

En l'état, l'expert considère qu'il n'y a pas d'argument pour affirmer que le syndrome de dépendance alcoolique de l'assuré ait généré une atteinte physique ou psychique incapacitante en soi sur la durée, tout en sachant l'impact négatif que ce trouble a pu avoir sur la thymie de M. J._____ et sur la genèse de crises itératives dont deux d'entre elles ont abouti à des hospitalisations en milieu psychiatrique.

Par ailleurs, l'expert ne retient pas de troubles psychiques suffisamment graves pour qu'ils aient valeur incapacitante en soi. On n'est par conséquent pas dans la situation d'une pathologie psychiatrique invalidante qui pourrait être considérée comme un facteur causal de l'addiction éthylique du sujet en cause.

En conclusion, l'alcoolisme de M. J._____ doit être considéré comme primaire, dans le sens qu'a ce qualificatif dans les règles actuelles d'application de la LAI et ne peut pas être corrélé à une quelconque incapacité de travail.

□ Trouble anxieux NS (non spécifié)

Cet assuré a pu présenter une anxiété de fond qui sortait de l'ordinaire dans le courant de l'année 2010. Le trouble a pu induire une souffrance significative. Il n'a certainement pas eu la sévérité qui aurait dû le rendre incapacitant en soi. Il n'est plus retenu par l'examen au SMR au début 2011. Il est actuellement en rémission. L'expert ne saurait par conséquent retenir une quelconque incapacité de travail psychiatrique pour motif de ce trouble anxieux NS (non spécifié).

□ Trouble dépressif

Relier un trouble dépressif à une incapacité de travail est toujours un exercice difficile. Une ligne de conduite pourrait être d'assimiler les épisodes dépressifs sévères à une incapacité de travail, de récuser cette dernière lorsqu'on est face à un épisode qualifié de léger et de laisser la discussion ouverte pour les épisodes dits moyens.

Dans les faits, les choses sont plus complexes. L'appréciation peut rester fortement tributaire des informations données par la personne

en cause. La valeur incapacitante des troubles dépressifs est aussi plus liée à certaines de leurs caractéristiques (incapacité à penser, perte d'énergie, baisse d'intérêt, ralentissement) qu'à leur degré de sévérité. L'impression clinique d'un praticien expérimenté et neutre reste certainement le meilleur outil d'une appréciation le plus souvent difficile.

Dans le cas présent, il est probable que l'intéressé ait présenté un épisode dépressif moyen. Il n'y a pas de raison de penser qu'il y ait eu un épisode dépressif sévère sur la durée sachant, entre autres choses, qu'on n'en retrouve pas les critères diagnostiques au dossier ni un traitement lourd en conséquence ni des mesures telles que des consultations d'urgence voire des hospitalisations en milieu psychiatrique pour la période en cause et avec ce motif diagnostique.

Ce trouble a pu s'installer au début 2010, compte tenu de ce qu'atteste le médecin psychiatre traitant à partir du 28.01.2010 dans son rapport du 22.11.2010.

Ce que décrit l'évaluation psychiatrique du 13.01.2011 au SMR Suisse romande, moins d'une année plus tard, est un épisode dépressif léger, sans plus. Il n'y a aucune raison de mettre en doute cette appréciation au vu de ce que rapporte l'assuré pour l'époque et de ce qui est observé aujourd'hui. Il n'y a aucun argument pour admettre une aggravation de la pathologie dépressive de l'intéressée par la suite, dans la mesure où l'on tient aussi compte des symptômes (fatigue, inappétence, dysphorie) consécutifs au syndrome de dépendance alcoolique qui a été sous estimé jusqu'ici.

Compte tenu de ces constatations, le soussigné admet [qu']une incapacité de travail psychiatrique en 2010. Celle-ci n'a pas dépassé une année.

Cette incapacité de travail devrait être chiffrée à 50% en tenant compte de la fatigue, de la fatigabilité, des difficultés à penser et à se concentrer, entre autres choses. Un épisode dépressif moyen, à la limite inférieure de ce degré de gravité, ne justifie pas ici une incapacité de travail de 100%.

Conclusions

En conclusion, M. J. _____ est un homme de 58 ans qui présente essentiellement un grave syndrome de dépendance alcoolique qui dure depuis des années et qui doit être qualifié de primaire.

Dans le contexte de cet éthylyisme, l'assuré a relevé de[s] situations de crises et a dû être hospitalisé brièvement à deux reprises en milieu spécialisé.

Dans le courant de l'année 2010, le tableau clinique était celui d'un épisode dépressif moyen et d'un trouble anxiété NS à coté des conséquences cliniques du grave syndrome de dépendance alcoolique.

Pour la période du 28.01.2010 au 31.12.2010, l'expert admet une incapacité de travail psychiatrique transitoire de 50%. Rien n'indique qu'il y ait eu aggravation par la suite, bien au contraire.

A partir du 01.01.2011, soit à partir du 1^{er} du mois de l'évaluation au SMR Suisse romande, le soussigné ne retient plus d'incapacité de travail psychiatrique.

En dehors de ce qui relève de son alcoolisme, l'intéressé dispose de ressources. Il est autonome pour ses activités de la vie quotidienne. Il peut se déplacer seul. Il est apte à prendre des décisions, à s'organiser et à structurer ses tâches. Il conserve des capacités relationnelles et peut communiquer correctement. Il est en voie de se marier. Il ne s'est pas montré fatigable sur plus d'une [heure] et demie d'investigation psychiatrique soutenue. Il ne présente pas (encore) d'atteinte cérébrale organique toxique.

En dehors de ce qui relève de son alcoolisme, il paraît dès lors raisonnablement exigible de cet assuré qu'il travaille à 100% dans les activités qu'il a exercées jusqu'ici.

Sur le plan somatique, la situation est clarifiée jusqu'à la décision de l'office AI du 29.01.2013. Mme le Dr X. _____, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, a retenu une capacité de travail de 40% dans l'activité usuelle et de 100% avec certaines limitations, dans une activité sédentaire. Le Dr F. _____, spécialiste FMH en gastroentérologie, mentionne le reflux et un trouble moteur oesophagien qu'il ne met pas en lien avec une demande de prestations à l'assurance-invalidité chez un sujet dont l'état général est conservé.

M. J. _____ ne rencontre sa médecin de famille qu'environ trois fois l'an et ce que rapporte cette dernière et les documents qu'elle a remis au soussigné confirment que l'assuré n'est pas l'objet d'investigations ni traitements lourds ni de prescription médicamenteuse. Il n'y par conséquent pas notion de pathologie somatique incapacitante qui aurait été manquée lors de la prise de décision qui fait l'objet du présent recours.

Actuellement, le traitement est adéquat tant en qualité qu'en quantité sachant que l'intéressé est en rémission de sa pathologie dépressive et anxieuse. La question d'un traitement spécifique du syndrome de dépendance alcoolique doit toujours se poser, même si l'intéressé n'a aucune demande en ce sens.

Chez ce sujet capable discernement et sans troubles psychiatriques comorbides graves ce traitement de l'alcoolisme est raisonnablement exigible.

Des mesures professionnelles n'ont que peu de chance d'aboutir chez un assuré qui se vit comme totalement invalide et qui, en l'état, n'a pas de projet de se réintégrer dans le monde du travail.

Le pronostic est sombre au vu du grave syndrome de dépendance alcoolique et des complications qui vont inexorablement s'en suivre tant d'un point de vue somatique que psychiatrique en absence d'évolution favorable sur le plan de l'addiction à l'alcool.

Réponses aux questions de M. J. _____

A. Peut-on exclure que le traitement, notamment les corticostéroïdes pris pour l'oesophagite à éosinophile et l'asthme bronchique puisse causer ou entretenir en lui-même une dépression ?

Non, on ne peut pas exclure qu'un traitement aux corticostéroïdes puisse causer ou entretenir une dépression.

Le soussigné n'a trouvé aucune trace au dossier d'un traitement par stéroïdes sur la durée. Ce qui peut par ailleurs être retenu en termes

de dépression n'est qu'un épisode dépressif moyen pour une période limitée dans le temps.

Le syndrome de dépendance alcoolique, qui domine le tableau clinique, est bien connu pour être un facteur de troubles psychiques et de dépression en particulier.

B. Peut-on exclure une inflammation systémique en rapport avec les maladies (oesophagite à éosinophile, asthme bronchique) et quelles seraient le cas échéant les conséquences de cette inflammation sur l'équilibre psychique?

Le dossier ne rapporte pas de grave inflammation systémique à l'époque et on n'en retrouve pas davantage dans la biologie sanguine du 14.11.2014.

Ce qui peut par ailleurs être retenu en termes de troubles psychiques n'est qu'un épisode dépressif moyen et un trouble anxieux NS pour une période limitée dans le temps.

Le syndrome de dépendance alcoolique, qui domine le tableau clinique, est bien connu pour être un facteur de troubles psychiques et de dépression en particulier.

C. Le fait d'avoir ces maladies organiques représente-t-il un facteur de mauvais pronostic pour l'état psychologique?

Le fait d'avoir des maladies organiques est un facteur de stress de nature à jouer un rôle défavorable en termes de troubles psychiques.

Depuis le mois de janvier 2011, l'assuré ne souffre cependant plus de troubles mentaux et du comportement en dehors d'un syndrome de dépendance alcoolique.

D. Pouvez-vous exclure une interaction entre les multiples maladies organiques et les diagnostics psychiatriques avec des conséquences négatives globales sur l'état de santé (soit davantage qu'une simple accumulation de limitations mais une potentialisation ou une multiplication des limitations) ?

Non, le soussigné ne peut exclure une interaction voire une potentialisation entre des pathologies somatiques et psychiatriques.

M. J._____ se présente essentiellement comme "cas social", dont le traitement strictement médical est réduit à sa portion congrue, et non pas comme un grave malade psychiatrique et somatique.

Si l'on se réfère à ce qu'on observe et non pas à ce qui voudrait être interprété, M. J._____ relève essentiellement d'un grave syndrome de dépendance alcoolique.

Réponses aux questions de l'Office AI

A. Questions cliniques

1. Anamnèse

a. Anamnèse professionnelle et sociale

b. Evolution de la maladie et résultats de thérapies

c. Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle

Voir texte

2. Plaintes et données subjectives de l'assuré (e)

Voir texte

3. Status clinique

Voir texte

4. Diagnostics (selon classification ICD-10 DSM-IV- TR)

a. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?

Aucun sur le plan psychiatrique actuellement.

b. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?

M. J._____ présente essentiellement d'un grave syndrome de dépendance alcoolique qui remonte à de nombreuses années.

5. Appréciation du cas et pronostic

En conclusion, M. J._____ est un homme de 58 ans qui présente essentiellement un grave syndrome de dépendance alcoolique qui dure depuis des années et qui doit être qualifié de primaire.

Dans le contexte de cet éthyliisme, l'assuré a relevé des situations de crises et a dû être hospitalisé brièvement à deux reprises en milieu spécialisé.

Dans le courant de l'année 2010, le tableau clinique était celui d'un épisode dépressif moyen et d'un trouble anxiété NS à coté des conséquences cliniques du grave syndrome de dépendance alcoolique.

Pour la période du 28.01.2010 au 31.12.2010, l'expert admet une incapacité de travail psychiatrique transitoire de 50%.

A partir du 01.01.2011, soit à partir du 1^{er} du mois de l'évaluation au SMR Suisse romande, le soussigné ne retient plus d'incapacité de travail psychiatrique.

En dehors de ce qui relève de son alcoolisme, l'intéressé dispose de ressources. Il est autonome pour ses activités de la vie quotidienne. Il peut se déplacer seul. Il est apte à prendre des décisions, à s'organiser et à structurer ses tâches. Il conserve des capacités relationnelles et peut communiquer correctement. Il est en voie de se marier. Il ne s'est pas montré fatigable sur plus d'une et demie d'investigation psychiatrique soutenue. Il ne présente pas (encore) d'atteinte cérébrale organique toxique.

En dehors de ce qui relève de son alcoolisme, il paraît dès lors raisonnablement exigible de cet assuré qu'il travaille à 100% dans les activités qu'il a exercées jusqu'ici.

Sur le plan somatique, la situation est clarifiée jusqu'à la décision de l'office AI du 29.01.2013. Mme le Dr X._____, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, a retenu une capacité de travail de 40 dans l'activité usuelle et de 10 avec certaines limitations, dans une activité sédentaire. Le Dr F._____, spécialiste FMH en gastroentérologie, mentionne le reflux et un trouble moteur oesophagien qu'il ne met pas en lien avec une demande de prestations à l'assurance invalidité chez un sujet dont l'état général est conservé.

M. J._____ ne rencontre sa médecin de famille qu'environ trois fois l'an et ce que rapporte cette dernière et les documents qu'elle a remis au soussigné confirment que l'assuré n'est pas l'objet d'investigations

ni traitements lourds ni de prescription médicamenteuse. Il n'y par conséquent pas notion de pathologie somatique incapacitante qui aurait été manquée lors de la prise de décision qui fait l'objet du présent recours.

Actuellement, le traitement est adéquat tant en qualité qu'en quantité sachant que l'intéressé est en rémission de sa pathologie dépressive et anxieuse. La question d'un traitement spécifique du syndrome de dépendance alcoolique doit toujours se poser, même si l'intéressé n'a aucune demande en ce sens.

Chez ce sujet capable discernement et sans troubles psychiatriques comorbides graves ce traitement de l'alcoolisme est raisonnablement exigible.

Des mesures professionnelles n'ont que peu de chance d'aboutir chez un assuré qui se vit comme totalement invalide et qui, en l'état, n'a pas de projet de se réintégrer dans le monde du travail.

Le pronostic est sombre au vu du grave syndrome de dépendance alcoolique et des complications qui vont inexorablement s'en suivre tant d'un point de vue somatique que psychiatrique en absence d'évolution favorable sur le plan de l'addiction à l'alcool.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

a. Au plan physique

b. Au plan psychique et mental

c. Au plan social

Les limitations psychiatriques de 2010 ont été décrites dans le chapitre de l'appréciation asséculoologique et ne sont pas reprises ici.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

a. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

b. Description précise de la capacité résiduelle de travail?

c. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures/jour) ?

d. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?

e. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

f. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Pour la période du 28.01.2010 au 31.12.2010, l'expert admet une incapacité de travail psychiatrique transitoire de 50%.

A partir du 01.01.2011, soit à partir du 1^{er} du mois de l'évaluation au SMR Suisse romande, le soussigné ne retient plus d'incapacité de travail psychiatrique.

En dehors de ce qui relève de son alcoolisme, l'intéressé dispose de ressources. Il est autonome pour ses activités de la vie quotidienne. Il peut se déplacer seul. Il est apte à prendre des décisions, à s'organiser et à structurer ses tâches. Il conserve des capacités relationnelles et

peut communiquer correctement. Il ne s'est pas montré fatigable sur plus d'une heure et demie d'investigation psychiatrique soutenue. Il ne présente pas (encore) d'atteinte cérébrale organique toxique.

En dehors de ce qui relève de son alcoolisme, il paraît dès lors raisonnablement exigible de cet assuré qu'il travaille à 100% dans les activités qu'il a exercées jusqu'ici.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui dans quel délai ? Sinon, pour quelles raisons ?

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

a. Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

b. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Des mesures professionnelles n'ont que peu de chance d'aboutir chez un assuré qui se vit comme totalement invalide et qui, en l'état, n'a pas de projet de se réintégrer dans le monde du travail.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré (e) ?

a. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il/elle satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

b. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

c. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

d. Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?

e. Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

Le soussigné n'a pas de proposition à formuler dans ce cas.

D. Remarques

Le pronostic est sombre au vu du grave syndrome de dépendance alcoolique et des complications qui vont inexorablement s'en suivre tant d'un point de vue somatique que psychiatrique en absence d'évolution favorable sur le plan de l'addiction à l'alcool.

E. Dans le cas où vous devriez vous écarter des conclusions du rapport d'examen clinique psychiatrique du SMR du 1^{er} février 2011, pourriez-vous indiquer les raisons pour lesquelles vous vous en distacez ?

L'expert rejoint globalement l'appréciation de sa consœur I._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie au SMR Suisse romande.

Mme le Dr I._____ n'avait pas les informations du soussigné au sujet des problèmes avec l'alcool à savoir :

- deux lettres (et non pas une seule) de l'hôpital psychiatrique de T._____ de 2004 et 2009 qui mentionnent le syndrome de dépendance alcoolique,

- des valeurs de laboratoire avec une CDT extrêmement élevée à 6.91%,
- la notion d'un foie "vraisemblablement stéatosique" aujourd'hui ⁽¹⁷⁾.

(17) Il faut plusieurs années d'alcoolisme pour que le foie évolue vers la stéatose.

La consoeur I._____ a par conséquent sous-estimé la gravité du problème avec l'alcool et n'a pas retenu la dépendance chez ce sujet qui banalise totalement ce problème et donne des informations erronées sur les quantités consommées.

En se référant au rapport du médecin psychiatre traitant, à ce que rapporte l'assuré et à l'évolution du sujet à l'époque, le soussigné ne peut pas retenir plus qu'un épisode dépressif moyen, avec son corollaire dans ce cas d'une incapacité de travail transitoire de tout au plus 50% sachant aussi qu'on ne devrait pas tenir compte de limitations générées par l'addiction alcoolique per se.

Bien qu'il s'agisse d'un détail, le soussigné considère qu'il est plus juste de fixer le terme de ce 50% au 31.12.2010, soit à la veille du premier du mois de l'évaluation I._____. Il a considéré que le jusqu'à "ce jour" du rapport du médecin psychiatre traitant du 22.11.2010 voulait signifier une incapacité qui se poursuivait, au vu de ce qu'on peut lire à la suite de ce document.

Le soussigné n'a pas admis la récurrence d'épisodes dépressifs pour des motifs qu'il a rapportés plus haut ».

Les parties ont été invitées à se déterminer sur l'expertise.

Le 20 janvier 2015, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours. Il a joint à son envoi un avis médical du Dr [...] du SMR du 5 janvier 2015, selon lequel l'expertise du Dr R._____ était fouillée, précise et conforme aux recommandations de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie, si bien qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter.

Le recourant ne s'est pas déterminé.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le

cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y lieu d'entrer en matière au fond.

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

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243 ; ATF 121 V 362 consid. 1b p. 366).

c) Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, en particulier sur l'évaluation de sa capacité de travail.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 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 si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité

peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et ATF 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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 consid. 3c p. 268). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités ; voir également arrêt 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

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 (arrêt 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3 et les références).

L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé lege artis - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la 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 (arrêt 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4 et les références) (v. arrêt 9C_618/2014 du 9 janvier 2015, consid. 5).

4. S'agissant des troubles somatiques du recourant, il n'est pas contesté que la fracture épiphysaire du tibia droit et le syndrome des loges de la jambe droite, existant depuis 2000, sont sans effet sur la capacité de travail. Quant à la section des 4 premiers doigts de la main droite intervenue à la fin des années 90, elle n'a pas empêché l'assuré de reprendre une activité professionnelle. La Dresse W._____ n'en a au demeurant pas fait état dans son rapport du 25 mars 2011 à l'OAI.

Sur le plan respiratoire, le Dr V._____ a mentionné en octobre 2010 une dyspnée d'effort à investiguer. La Dresse W._____ a elle aussi relevé que son patient se plaignait d'une dyspnée dans son

rapport du 25 mars 2011. Des examens ont alors été mis en œuvre, sous la forme notamment d'un CT thoracique, le 4 avril 2011, qui a mis en évidence d'importants remaniements emphysémateux et des infiltrats séquellaires de deux apex, les données étant par ailleurs dans les limites de la norme (cf. rapport du Dr O. _____ du 5 avril 2011). Le Dr V. _____ a dans ce contexte mentionné les nouveaux diagnostics d'emphysème pulmonaire bulleux bilatéral et de BPCO chronique modérée (rapport du 5 octobre 2011). Le recourant a alors été pris en charge par la Dresse X. _____. Celle-ci a posé le 12 décembre 2011 dans son rapport à l'OAI les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de BPCO de degré modéré et d'emphysème bulleux bilatéral existant depuis mars 2011 (à savoir la date à laquelle la Dresse X. _____ a procédé à des investigations sous forme de mesures fonctionnelles objectives). Interpellée plus précisément par l'OAI sur la capacité de travail du recourant, elle a indiqué le 21 mars 2012 que si l'activité habituelle n'était possible qu'à 40% au maximum (en raison de la capacité de diffusion du CO très altérée empêchant une activité physique plus intense et nécessitant un repos intermittent), la capacité de travail était toutefois entière dans une activité sédentaire avec port de charge limité et une exposition limitée à la poussière et aux toxiques respiratoires, et ce depuis le 31 mars 2011, soit la date de l'examen des mesures fonctionnelles. Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation, qui est celle d'une spécialiste et repose sur des examens du recourant. On relèvera à cet égard que lorsque l'intéressé s'interroge sur le point de savoir pourquoi une capacité de travail de 40% lui a été reconnue en mars 2011 dans son activité habituelle, alors que son état de santé est demeuré le même, c'est bien parce qu'en mars 2011, des investigations ont pu être menées au plan respiratoire pour définir plus concrètement ses limitations.

Au plan digestif, le Dr V. _____ a observé chez son patient une dégradation de l'état général, en particulier en raison de difficultés à s'alimenter, qu'il attribuait en octobre 2010 à un mauvais état dentaire. Le recourant a été adressé au Dr F. _____, qui a fait savoir à sa médecin traitant le 10 mai 2011 que la dysphagie de l'assuré était relativement difficile à expliquer. Quant au rapport du Dr O. _____ du 1^{er} juin 2011, il

concluait que le TOGD ne montrait pas d'anomalies visibles au niveau pharyngé et oesophagien à l'exception d'un péristaltisme oesophagien relativement lent. L'estomac présentait une morphologie normale, se vidait normalement, présentait un péristaltisme également relativement lent et il n'y avait pas d'autres anomalies visibles. Dans la mesure où le Dr V._____ a relevé dans son rapport du 21 mai 2012 à l'OAI que son patient présentait une exacerbation des troubles de la déglutition à tous les aliments solides, causant une perte de poids ainsi qu'une fatigue excessive, l'intimé a réinterpellé le Dr F._____. A la suite d'une gastroscopie et d'une manométrie oesophagienne réalisées en avril 2012, le Dr F._____ a fait savoir en octobre 2012 à l'intimé que le recourant présentait un reflux et un trouble moteur oesophagien. Interpellé spécifiquement sur la question de la capacité de travail en lien avec cette problématique, le Dr F._____ a expliqué que l'état général du recourant était conservé et qu'il n'y avait pas de « liaison » avec une demande AI. Le recourant ne présente ainsi pas d'incapacité de travail en lien avec ses troubles au plan digestif. Même si le Dr V._____ allègue que la perte de poids et la fatigue sont en lien avec des troubles de la déglutition, le spécialiste en gastroentérologie estime toutefois qu'ils sont sans répercussion sur la capacité de travail. Il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation du spécialiste, qui n'est mise en doute que par le Dr V._____, lequel est au demeurant spécialiste en psychiatrie et non pas en gastroentérologie. On observera enfin que le Dr V._____ a fait état d'une dégradation de l'état de son patient en lien avec ses troubles de la déglutition et d'une perte supplémentaire de poids avec exacerbation de l'état d'épuisement dans ses rapports des 3 avril 2013 et 1^{er} juillet 2013 produits en procédure. Ces rapports sont toutefois postérieurs à la décision attaquée. Ils sont quoi qu'il en soit superposables aux premiers rapports du Dr V._____ des 22 novembre 2010, 5 octobre 2011 et 21 mai 2012, où il était déjà fait mention d'une fatigabilité importante attribuée aux troubles digestifs. Or ainsi qu'on l'a vu, le Dr F._____ estime ces troubles « sans liaison » avec une demande AI. L'avis du responsable de S._____, qui a contresigné le rapport du Dr V._____ du 24 juin 2013, selon lequel l'intéressé ne présenterait plus assez d'énergie

pour reprendre une activité professionnelle, ne lui est donc d'aucun secours.

Il y a dès lors lieu d'admettre que sur le plan somatique, le recourant présente une capacité de travail de 40% dans l'activité habituelle depuis mars 2011, et une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis décembre 2010.

5. Sur le plan psychique, le Dr V._____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome somatique et de troubles anxieux dans ses rapports des 22 novembre 2010, 5 octobre 2011 et 3 avril 2013.

L'assuré a été examiné par la Dresse I._____ en janvier 2011. A la suite de cet examen, cette dernière a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, rejoignant en cela le Dr V._____. S'agissant toutefois de la gravité de ce trouble, elle a fait état d'un épisode actuellement léger, sans syndrome somatique, dans la mesure où l'assuré ne présentait pas de ralentissement psychomoteur, d'anhédonie, d'hypomimie, ni de retrait social. Il persistait une fatigabilité, des ruminations et une baisse de la confiance en soi, cette symptomatologie étant toutefois légère.

Une expertise psychiatrique judiciaire a été mise en œuvre. Dans ce contexte, le Dr R._____ a examiné l'assuré et s'est entretenu téléphoniquement avec lui, de même qu'avec la Dresse W._____ et avec le Dr V._____. Il a étudié l'entier du dossier de l'assuré et fait procéder à des examens de laboratoire. Après avoir décrit de façon détaillée son anamnèse et relevé les plaintes de l'expertisé, il a posé des conclusions précises et fouillées. Dans ces circonstances, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante au rapport d'expertise judiciaire du Dr R._____.

Certes le Dr V._____ ne partage pas l'appréciation de la Dresse I._____, ni celle, postérieure, du Dr R._____, dans la mesure où il retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec

syndrome somatique, et un trouble anxieux. Il n'a toutefois pas fait état d'une péjoration de l'état de santé psychique de son patient. Ainsi il renvoie dans son rapport du 5 octobre 2011 à son appréciation du 22 novembre 2010. Dans son rapport du 21 mai 2012, il décrit des troubles d'ordre essentiellement somatique, sans détailler l'évolution au plan psychique du patient. Dans son rapport du 3 avril 2013 produit en procédure, il explique que les troubles psychiques du recourant (trouble dépressif récurrent et trouble anxieux) ont peu à peu modifié sa personnalité qui est désormais fortement influencée par le présence de schémas de perte de confiance en ses compétences et en l'avenir. A cet égard, le Dr R._____ observe qu'il est probable que l'assuré ait présenté un épisode dépressif, au vu de ce qu'atteste le médecin psychiatre traitant. Il n'y a pourtant aucune certitude que ce trouble ait été sévère sur la durée. Selon l'expert, ce que décrit le médecin psychiatre traitant dans son rapport du 22 novembre 2010 devrait valider les trois critères cardinaux de l'épisode dépressif, à savoir la tristesse et la fatigue anormales (asthénie) ainsi que la perte d'intérêt et du plaisir (anhédonie, retrait social), même s'il n'est pas précisé que ces symptômes seraient présents la plupart du temps tous les jours et depuis plusieurs semaines. Le rapport du 22 novembre 2010 fait état d'un ralentissement psychomoteur (hypomimie, ralentissement), de probables idées suicidaires récurrentes (idées noires) et de difficultés à penser et à se concentrer (troubles de la concentration et de la mémoire). Il n'est toutefois mentionné nulle part que l'assuré aurait des troubles du sommeil et de l'appétit avec modification du poids en conséquence. Avec trois critères cardinaux et trois critères secondaires, l'épisode dépressif du recourant doit dès lors, de l'avis - probant - du Dr R._____, être qualifié de moyen, voire à la limite inférieure de ce degré de gravité, et non pas de sévère. Le Dr R._____ précise encore que les rapports du médecin psychiatre traitant des 16 décembre 2010, 5 octobre 2011, 21 mai 2012, 3 avril 2013, 24 juin 2013 et 21 août 2013 n'apportent pas d'arguments pour retenir un degré de sévérité plus important que moyen. Le Dr R._____ n'a en outre plus retrouvé de symptomatologie dépressive significative lors de son évaluation. Il estime que la fatigue pourrait être la conséquence de l'abus d'alcool, au même titre que la diminution de

l'appétit. On retiendra dès lors, avec l'expert, et avant lui la Dresse I._____, que le recourant présente bien une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sans que l'avis, isolé, du psychiatre traitant ne puisse conduire à une autre appréciation.

Finalement, il ressort de l'expertise judiciaire que c'est bien la problématique de dépendance alcoolique qui est prédominante. L'assuré admet du reste consommer exagérément de l'alcool depuis les débuts de l'âge adulte et les examens de laboratoire mis en œuvre par l'expert ont confirmé des valeurs extrêmement élevées (CDT à 6,91%). Toutefois, l'invalidité du chef de ce comportement addictif ne saurait être admise : l'assuré ne présente en effet pas de comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présentant un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain. Pour l'expert, qui n'est pas contredit, l'alcoolisme du recourant est primaire et ne peut être corrélé à une quelconque incapacité de travail. C'est du reste dans le contexte de cet éthyliisme que l'assuré a relevé des situations de crises et dû être hospitalisé brièvement à deux reprises en milieu spécialisé.

On retiendra donc que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès fin décembre 2010.

6. Au surplus, le recourant ne conteste pas le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS).

On relèvera que le salaire sans invalidité retenu par l'OAI correspond à la convention de travail 2012.

D'autre part, on notera qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, le revenu d'invalidité peut être évalué sur l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2. et ATF 129 V 4.2 consid. 4.2.1). En l'espèce, conformément à cette jurisprudence, l'OAI s'est fondé

sur l'ESS. L'abattement de 15% pour tenir compte de l'âge et des limitations fonctionnelles n'est pas non plus contestable. Or le taux d'invalidité ainsi calculé est largement inférieur au taux de 40% ouvrant le droit à la rente (cf. art. 28 LAI).

7. a) Vu ce qui précède, le recours apparaît mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie, celle-ci étant en effet tenue au remboursement des frais dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) In casu, les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de recouvrement (art. 5 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile] ; RSV 211.02.3).

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 29 janvier 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV. Le recourant, bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPC applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice mis à la charge de l'Etat.

- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- J. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- 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 :