

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mai 2014

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Pasche et M. Küng, assesseur
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

R. _____, à Leysin, recourant,

et

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

Art. 7, 8, 43 et 44 LPGA ; 4 LAI ; 69 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, marié et père de famille, originaire d'Amérique nationalisé suisse le 1^{er} novembre 2006, a exercé en dernier lieu, du 1^{er} juin 2008 au 31 mars 2011, la fonction de « gérant des affaires » au sein de la société F._____ SA, sise anciennement à [...].

En incapacité de travailler à 100 % depuis le 18 décembre 2010, l'assuré a fait l'objet d'une procédure de détection précoce auprès de l'AI, selon formulaire complété le 23 juin 2011 par son assureur perte de gain maladie (La J._____). Il y était alors indiqué s'agissant du problème de santé « Affection médicale ».

Selon un rapport initial du 18 juillet 2011 établi à la suite d'un entretien du même jour avec l'assuré, une collaboratrice de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé) a relevé que celui-ci ne se sentant plus la force d'assumer son travail, il avait donné son congé et se trouvait alors sans emploi. L'assuré disait cependant rester optimiste quant à son avenir professionnel et réactivait son réseau de contacts dans le but de trouver une activité à domicile à temps partiel (40 % environ). Au vu des circonstances, le dépôt d'une demande de prestations s'avérait indiquée, la collaboratrice de l'OAI étant d'avis que son état de santé ne permettrait pas à l'assuré une reprise d'activité à l'issue du délai d'attente d'une année, soit le 18 décembre 2011.

Le 16 août 2011, R._____ a déposé une demande de prestations AI en indiquant souffrir de dépression, affection pour laquelle il se trouvait en traitement depuis le 22 mars 2011. Etais notamment joint, un certificat médical du 15 février 2011 du Dr L._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, à la teneur suivante :

“Le 18 décembre 2010, Monsieur R._____ m’a consulté en raison d’importants problèmes de santé, survenus à la suite d’un conflit de travail, avec son employeur.

Pour protéger son intégrité physique et mentale, Monsieur R._____ a dû résilier son contrat de travail.

En tant que médecin traitant, je ne peux que soutenir Monsieur R._____ dans cette démarche, nécessaire à préserver son état de santé.”

Dans un rapport du 29 août 2011 adressé à l’Office AI, le Dr L._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de probable syndrome de dépendance à l’alcool avec séquelles neurologiques et d’hypertension artérielle avec sténose cicatricielle de l’artère rénale droite (depuis de nombreuses années). Le médecin traitant indiquait ne pas avoir revu son patient depuis le 1^{er} mars 2011, de sorte qu’il ne pouvait se prononcer sur le pronostic lié à l’état de santé de celui-ci. Il précisait avoir attesté, en son temps, une incapacité de travail à 100 % de l’assuré depuis le 17 décembre 2010 jusqu’au 31 mars 2011. Mentionnant un important ralentissement psychomoteur de l’assuré en mars 2011, ce dernier étant alors sous le choc d’un licenciement professionnel, le Dr L._____ indiquait ne pas être en mesure de se prononcer plus en détails sur le cas de son patient. Sous le chiffre 1.4 de son rapport, le médecin traitant exposait que l’assuré s’était présenté épisodiquement à sa consultation depuis 2005, sans un suivi effectif et relevait qu’en mauvais état général en mars 2011, R._____ souffrait probablement de séquelles psychologiques de maladie alcoolique. Etait notamment annexé à son rapport, le document médical suivant :

- un rapport du 24 août 2005 adressé au médecin traitant par les Drs A.Z._____, chef de clinique, et X._____, médecin assistant, de la Consultation d’alcoologie PMU du CHUV, dont il ressortait les diagnostics selon CIM-10 de syndrome de dépendance à l’alcool (F 10.2), de syndrome de dépendance au tabac (F 17.2), de status post opération en 2004 d’une sténose de l’artère rénale bilatérale et d’hypertension artérielle. Il était indiqué que le traitement ambulatoire à la consultation d’alcoologie entrepris depuis le 29 avril 2005 devait alors être poursuivi avec, en parallèle, une recherche d’emploi de la part de l’assuré. L’anamnèse ainsi

que le status psychique de R. _____ à l'entrée étaient décrits comme il suit :

“Rappel anamnestique

M. R. _____ s'est présenté pour la première fois le 29.04.05 où je l'ai vu avec sa femme dans une situation de crise. Il dit qu'il n'arrive plus à fonctionner. Il a perdu son travail, a des problèmes financiers, ne sort plus, ne mange et ne dort plus.

Il s'agit d'un homme d'origine américaine, en Suisse depuis 1992, marié avec une femme bulgare, et a un fils de 9 ans. Son père est décrit comme alcoolique et il est décédé d'un cancer du foie. Son grand-père était également alcoolodépendant. Il est le 2^{ème} d'une fratrie de 5 (3 sœurs, 2 frères). Son petit frère a été traité pour des problèmes de drogues et d'alcool ; il va actuellement très bien. Le patient travaille dans la recherche et le développement et a fait un doctorat aux Etats-Unis. Jusqu'au 31.03.05, il travaillait comme chef de recherche pour toute la Suisse à l' [...]. Il a perdu son travail le 31.03.05, dit-il, à cause d'une restructuration d'entreprise. Il décrit un travail sous haute pression avec une diminution de sa qualité de vie à cause de multiples voyages professionnels.

Concernant l'alcool, à l'âge de 20 ans il est allé consulter les A.A [Alcooliques Anonymes]. Il est resté abstiné pendant 1 année et, pensant ne plus avoir de problèmes, il a recommencé à boire. Cette consommation a augmenté et le patient a remarqué qu'il en avait de plus en plus besoin. Il boit maintenant 2 à 3 bières le matin. Sa consommation d'alcool actuelle s'élève de 2 à 5 litres de bière par jour. Il présente un syndrome de dépendance à l'alcool avec 6 critères sur 7 selon le DSM-IV.

Au niveau somatique, le patient a subi une intervention chirurgicale très lourde au CHUV en 2004 pour une sténose de l'artère rénale. Il est suivi par le Dr T. _____.

Status psychique à l'entrée

Patient d'aspect extérieur bien soigné, visiblement anxieux, en pleurs. Patient très maigre. Il est orienté aux quatre modes, sans troubles évidents de la mémoire. Il est cohérent et collaborant. Il dit dormir peu, a une nette diminution de son appétit et de son énergie, avec une diminution de l'élan vital et une absence de plaisir. Il n'a pas d'idées suicidaires mais en a eu l'année passée où il a pensé sauter d'un bâtiment. Il décrit des angoisses importantes qui sont soulagées par l'alcool. Il n'arrive pas à dire d'où elles viennent.”

Le 31 août 2011, La J. _____ a transmis à l'OAI une liasse de documents médicaux en lien avec le cas de l'assuré. Il en ressortait en particulier les pièces médicales suivantes :

- des certificats médicaux des 22 mars 2011, 3 et 31 mai 2011, 30 juin 2011 et 28 juillet 2011 établis par le Dr K._____, médecin assistant de la Polyclinique psychiatrique Adulte ([...]) à [...], qui attestent une incapacité de travail à 100 % de l'assuré pour la période du 1^{er} avril 2011 au 31 août 2011,

- des certificats médicaux non datés du Dr L._____, attestant que son patient se trouvait en incapacité de travail à 100 % du 18 décembre 2010 jusqu'au 31 mars 2011,

- un rapport du 6 juin 2011 des Drs H._____, médecin associé, et K._____ du [...] à [...], adressé au médecin-conseil de l'assureur perte de gain de l'assuré et libellé en ces termes :

“1. Diagnostic (selon ICD 10) :

Monsieur R._____ est encore en phase d'investigation et nous pouvons vous signifier les diagnostics probables actuellement :
Troubles mentaux et du comportement en lien avec une consommation d'alcool, syndrome de dépendance (F 10.2).
Probable épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F 32.2).
Probable trouble de la personnalité sans précision (traits dépendants et passifs-agressifs) (F 60.9).

a) Score de l'échelle d'anxiété : A noter que nous n'utilisons pas dans notre pratique clinique quotidienne, d'outils psychométriques.

2. Anamnèse :

Monsieur R._____ nous explique qu'il est d'origine américaine et qu'il est arrivé en Suisse en 1992 pour travailler à l'EPFL dans la recherche au niveau des énergies renouvelables (spécialisation dans les panneaux solaires). Il quitte l' [...] il y a 10 ans et a travaillé dans différents « Star up ». Il y a 2 ans, il est engagé d'une « START up » dont le CEO est décrit comme un homme bon vivant et très paternaliste. Durant ces deux ans, il voyage énormément avec son patron et la charge de travail s'alourdit de plus en plus. Il est en effet responsable pour la recherche, doit donner des conférences, trouver des fonds ainsi que des contrats. Le patient dit avoir bien géré la situation jusqu'en mai 2010 où un nouveau CEO a été nommé. Il lui est alors signifié qu'il fait des voyages trop coûteux, que la société n'a pas les fonds pour cela. On lui dit qu'il gère mal le budget et une forte pression est mise sur ses épaules. Ainsi, il se retrouve face à deux chefs, en effet, le créateur de la « START up » est resté dans les rangs et il reçoit de ses deux chefs ; des ordres contradictoires. Il demande alors qui est son chef direct, mais il n'obtient aucune réponse. Le père de la « Start up » a ensuite

licencié le CEO nouvellement nommé et a commencé à s'octroyer des bonus avec d'autres membres de la société. Il devient agressif et violent avec Monsieur R._____.

En octobre 2010, le patient signifie qu'il veut démissionner. Cette démission est acceptée pour le 31 mars 2011. Le patron refuse de lui desservir des certificats de travail et un négociateur est nommé qui lui demandera de rendre son bureau ainsi que toutes ses affaires. C'est alors l'épouse du patient qui entre en jeu et qui de façon très combative cherche un avocat et fait de nombreux téléphone[s] auprès du patron de la « START up ». Le 28 février 2011, le patron de cette « START up » voulait faire signer un contrat de fin de travail au patient et le menace de faire appel à la police pour l'obliger à signer. Des avocats entrent alors en jeu et le patron de la société aurait dit qu'il avait engagé M. R._____ par pitié car c'est un cas social. A noter alors que sa femme dit se méfier des psychiatres ayant peur qu'un diagnostic psychiatrique soit posé et donne raison à ce patron.

Par après, l'avocat qui travaille sur leur dossier refuse de continuer et ils doivent trouver un autre avocat, mais ils essuient de nombreux refus. Le patient se décrit actuellement comme triste, très passif, voulant abandonner alors que sa femme visiblement lutte à sa place. Il semblerait que cela génère des tensions au sein du couple. Relevons encore et c'est d'importance, que son épouse travaille pour la même « START up » environ 4 à 5 fois par mois. Son mari dit que contrairement à lui elle sait dire non et que ses relations de travail sont adéquates actuellement au sein de cette « START up ».

3. Traitement instauré et fréquence des traitements ?
Les consultations ont débuté en date du 8 mars 2011 au [...]. Il s'agit dans un premier temps d'une phase d'investigation. Mais au vu de la problématique alcoolique, nous avons débuté un sevrage alcoolique durant la phase même d'investigation à l'aide [d'] Oxazepam. Cette phase d'investigation se conclut en date du 03.05.2011 et nous entrons dans une phase de traitement. Relevons qu'il s'agit d'un traitement de crise et que nous avons vu ce patient de façon hebdomadaire depuis le 8 mars 2011 jusqu'au 3 mai 2011. Il a depuis été convenu avec le patient qu'il serait vu aux deux semaines et ceci sur une période de trois mois, nous inspirant ainsi d'un traitement s'approchant d'un traitement de crise. Un bilan sera fait après cette période de 3 mois.
4. Plan thérapeutique ?
Cf. point 3.
5. Traitements médicamenteux mis en place et respectés ?
Un traitement d'Oxazepam (Seresta 15 mg 4 fois/jour) avec schéma dégressif sur 10 jours est de suite mis en place. Actuellement, le patient prend cette molécule en réserve et de façon non quotidienne. De plus, en date du 03.05.2011, nous introduisons un traitement par Citalopram 20 mg 1 fois/jour. Le patient est compilant au traitement indiqué.

6. Pronostic de la reprise de travail ?

En tout cas durant les 3 prochains mois, le patient conservera probablement une incapacité de travail à 100 %. Nous estimons que la reprise du travail progressive devrait pouvoir se faire dans un délai de 3 à 6 mois à dater du présent courrier.”

En date du 16 septembre 2011, l'assuré a produit auprès de l'Office AI, la copie de son dossier n° [...] auprès du Ministère public de l'arrondissement de [...] en lien avec l'enquête dirigée suite à la plainte de l'assuré pour diffamation, menaces et contrainte à l'encontre de ses ex-patrons. Il en ressortait une ordonnance de non-entrée en matière rendue le 22 août 2011 par le ministère public précité contre laquelle R. _____ avait recouru devant la Chambre de recours pénale du Tribunal cantonal par acte du 15 septembre 2011. L'assuré a également produit la copie de son jugement de divorce du 15 mars 1994 rendu par le Président du Tribunal civil du Tribunal d'arrondissement de [...].

Dans un rapport du 26 septembre 2011 à l'Office AI, les Drs H. _____ et K. _____ ont posé les diagnostics avec effet invalidant d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F 32.2) depuis mai 2010, de probable trouble de la personnalité sans précision (F 60.9) et de troubles mentaux et du comportement en lien avec une consommation d'alcool, syndrome de dépendance (F 10.2) depuis deux ans. Ces médecins se sont exprimés comme il suit en relation avec le pronostic ainsi que le traitement mis en œuvre dans le cas de l'assuré :

“Pronostic

Ce patient présente un trouble de la personnalité (on relève en effet des traits dépendants, passifs agressifs) et cela joue un rôle majeur dans les difficultés qu'il peut ressentir à se recomposer psychiquement d'autant que des blessures narcissiques successives sont vécues, directement en lien avec la problématique judiciaire qui le lie actuellement à son ancien employeur. Ainsi, on peut dire que le patient va globalement mieux mais que la fragilité qui l'habite provoque régulièrement des rechutes sous la forme d'une anxiété massive et de prise d'alcool. Nous estimons que le pronostic sur le long terme peut être favorable, ceci au vu des effets actuellement plutôt bénéfique[s] du traitement mis en place.

1.5

Nature et importance du traitement actuel

Le patient est actuellement vu aux deux semaines en entretien au [...] et un consilium avec mise en place d'un suivi plus spécialisé concernant les questions de l'alcoolisme sera effectué en date du 12.09.2011. Le patient est actuellement au bénéfice d'une

médication par Cipralext 10 mg 1 fois/jour introduit dès le 4 mai 2011 ainsi qu'un traitement de réserve constitué de Seresta 15 mg 4 à 6 fois/jours.

[...]

Recommandations pour la future thérapie

La thérapie nommée précédemment devrait être poursuivie et ceci pour une durée encore indéterminée.

[...]

1.7

Questions sur l'activité exercée à ce jour

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes ?

Le patient ressent une fatigabilité importante et anxiété parfois massive. Il prend d'ailleurs de l'alcool pour diminuer cette anxiété et cela participe à l'altération de ses capacités de concentration et d'attention.

Comment se manifestent-elles au travail ?

Il paraît actuellement impossible de voyager comme son métier l'exige. De plus, la surcharge nommée au travail provoque elle-même de l'anxiété.

D'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore exigible ?

oui non

À quel degré ?

Nous estimons qu'une reprise progressive serait souhaitable avec un début à 40 % de capacité de travail.

Le rendement y est-il réduit ??

Nous ne pouvons répondre pour l'heure à cette question. Néanmoins, au vu de l'état psychique actuel du patient malgré une discrète amélioration, nous postulons que ce rendement est probablement réduit.

oui non

Si oui, pourquoi ? Dans quelle mesure ?

Cf.

Dans quelle mesure (heures par jours) avec quel profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap est-elle possible ?

Une reprise d'activité adaptée est possible à partir du 1^{er} septembre 2011 à un taux de 40 % avec des horaires de moins de 8 heures par jour. [...]"

Les Drs H. _____ et K. _____ mentionnaient une incapacité de travail de l'assuré à 100 % du 18 décembre 2010 au 31 août 2011 puis de 60 % dès le 1^{er} septembre 2011 devant être réévaluée en fonction de l'évolution.

Dans un rapport du 14 mars 2012 adressé au médecin-conseil de l'AI, les Drs H._____ et K._____ ont posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F 32.2). Ces médecins relevaient que leur patient ne présentait alors pas encore une stabilité psychique satisfaisante (anxiété liée à la problématique avec l'ex-employeur qui se traduisait sous la forme de rechutes alcooliques). Les arrêts de travail étaient les suivants :

“100 % du 18.12.2010 au 31.08.2011.
60 % du 01.09.2011 au 30.09.2012 [recte : 2011]
80 % du 22.09.2011 au 31.10.2011.
60 % du 01.11.2011 au 31.01.2012.
50 % du 01.02.2012 au à voir selon l'évolution.”

Les Drs H._____ et K._____ précisait qu'à partir du 1^{er} février 2012, l'assuré était en mesure de travailler dans une profession médicalement adaptée, voire de reprendre son activité habituelle. S'agissant des traitements alors en cours, ceux-ci consistaient en un entretien de soutien toutes les deux semaines à la consultation du [...] avec un suivi supplémentaire par le service [...] (consultation spécialisée en addictologie) pour la problématique alcoolique. Le patient bénéficiait également d'un traitement par Reméron® 30 mg 1 fois/jour. De plus, une psychothérapie d'inspiration psychanalytique devait prochainement être mise en place.

Le 2 juillet 2012, l'assuré a transmis à l'OAI deux certificats médicaux des 20 juin 2012 et 29 juin 2012 établis par le Dr W._____, chef de clinique adjoint du [...], attestant une incapacité de travail totale de R._____ pour les périodes respectives des 1^{er} juin 2012 au 30 juin 2012 et 1^{er} juillet 2012 au 31 juillet 2012.

Par communication du 9 juillet 2012, l'Office AI a fait savoir à l'assuré que sa situation médicale n'étant pas encore stabilisée, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement.

Dans un rapport du 20 juillet 2012 adressé à l'OAI, le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne, a posé le diagnostic invalidant d'état dépressif sévère, selon les indications fournies par la policlinique de psychiatrie existant depuis fin 2010. Concernant le traitement ambulatoire, le Dr Q._____ indiquait un suivi du patient à la policlinique de psychiatrie d' [...] à raison d'une fois toutes les six semaines, au centre [...] une fois par semaine, par une psychothérapeute une fois par semaine et encore par un psychologue, récemment ordonné par l'AI. S'agissant du pronostic, ce médecin était d'avis que le problème principal ne pourrait être résolu qu'une fois le conflit juridique avec le dernier employeur réglé. L'incapacité de travail dans la dernière activité exercée en tant qu'ingénieur en matériaux était de 50 % du 18 décembre 2010 au 31 janvier 2011, puis de 100 % à compter du 1^{er} février 2011. Quant aux limitations dues à l'état de santé dans le cadre d'une activité adaptée, le Dr Q._____ mentionnait que celles-ci n'étaient pas en relation avec la profession d'ingénieur, sans plus amples précisions.

Dans un rapport du 5 septembre 2012, les Drs H._____ et K._____ ont répondu comme il suit aux questions de l'Office AI :

"Diagnostic CIM-10 ayant une répercussion pour l'AI ?

Episode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F 32.2).

Quel est le status psychiatrique détaillé actuel ?

Le patient est orienté aux 3 modes, tenue et hygiène correctes. On note un amaigrissement depuis notre dernier rapport de mars 2012. Lors de notre dernier entretien datant du 23.08.2012, nous constatons une thymie clairement basse, articulée à une anxiété massive en rapport avec les difficultés que le patient rencontre avec son ex-employeur et des questionnements anxiogènes quant à son avenir. Le patient est régulièrement au bord des larmes durant notre entretien et présente tous les signes neurovégétatifs d'une anxiété importante, mais il parvient à mener les activités de la vie quotidienne avec un relatif succès. Le discours ne présente aucune particularité et l'on ne relève pas de signes florides de la lignée psychotique. On ne relèvera pas d'idées noires.

Le cas est-il stabilisé ?

Au vu de ce qui est dit plus haut, le cas n'est pas encore stabilisé. On remarque en effet que selon les contextes le patient sombre vite dans un état de dépressivité assez massif accompagné d'angoisses importantes. Dans ces moments-là, il peut assez facilement se diriger vers une consommation d'alcool qui ne fait qu'aggraver sa situation psychique.

Avez-vous attesté d'incapacité de travail depuis février 2012 et si oui à quel taux et pour quelles périodes exactement ?

Oui du 01.02 au 29.02.2012, incapacité de travail attesté[e] de 50 %.

Idem pour le mois de mars, avril, mai, juin depuis le 1^{er} juillet 2007 et ceci jusqu'au 31.08.2012, le patient est en incapacité de travail de 100 %.

Evolution de la capacité de travail dans la profession habituelle (dates et taux) ?

Pour l'heure, le patient est en incapacité de travail attestée de 100 % et ceci depuis le 01.06.2012 en raison d'une péjoration d'une symptomatologie dépressive qui a toujours été présente depuis le début de notre suivi. Le patient est à notre avis actuellement trop fragilisé et instable psychiquement pour pouvoir reprendre une activité professionnelle. Sa capacité de travail sera réévaluée mensuellement au [...].

Quelles sont les limitations fonctionnelles précises qui relèvent de l'AI ?

Le patient présente toujours des difficultés de concentration autant en qualité qu'en durée ainsi que des difficultés d'attention. Il présente une fatigabilité rapide. Enfin, ce patient présente régulièrement et ceci en lien avec son contexte de vie des pics anxieux massifs tendant à accentuer massivement les difficultés qu'il rencontre déjà habituellement.

Quelle est la capacité de travail dans une profession médicalement adaptée (date et taux)

Au vu d'une recrudescence des symptômes dépressifs, le patient n'est pas en capacité de mener à bien un travail et ceci même dans une profession médicalement adaptée pour l'instant. Comme dit précédemment cela sera réévalué mensuellement.

Quels sont les traitements en cours ?

Le patient est vu mensuellement à notre [...], il bénéficie de plus d'une prise en charge par le service [...] pour la problématique alcoolique et il a débuté (il en est à sa 6^{ème} séance) une psychothérapie d'inspiration psychanalytique.

Quelle est la compliance au traitement ?

Actuellement le patient présente toujours une bonne compliance au traitement et il se montre beaucoup plus enclin à suivre les recommandations pour sa prise en charge psychiatrique."

A teneur d'une fiche d'examen du dossier n°2 établie le 18 septembre 2012 par l'une des collaboratrices de l'OAI, le Service Médical Régional (SMR) de l'AI était mandaté afin de réaliser un examen de l'assuré dont la nature du problème médical (épisode dépressif sévère - dépendance alcoolique) était résumée en ces termes :

"IT [incapacité de travail] présentée depuis décembre 2010 (La situation est bien résumée dans le dossier APG du 31.08.2011).

La CT [capacité de travail] était recouvrée en février 2012, dans une activité adaptée (litige avec l'ancien employeur) selon le RM [rapport médical] du psy du 14.03.2012, si bien que la REA a mis en place une mesure de coaching. L'assuré ayant récidivé dans sa pratique alcoolique en juin, nous avons réinterrogé les médecins, qui nous répondent le 20.07.2012 et le 05.09.2012.

Nous ne sommes pas en mesure de déterminer si l'alcoolisme est primaire, si on peut considérer qu'il y a eu interruption notable de l'IT de février à juin, et par conséquent sollicitons votre avis."

Dans un rapport SMR du 8 janvier 2013, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne et expert médical de la SIM, n'a pas relevé d'atteinte principale à la santé mais a observé la pathologie associée du ressort de l'AI d'alcoolisme primaire avec épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F 10.25). En tant que facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI, ce médecin retenait un status post compression vasculaire extrinsèque par les piliers du diaphragme avec hypertension artérielle rénovasculaire transitoire actuellement en rémission, un status après mise en place de deux stents en juin 2003 et pontage aorto-rénal en décembre 2003, réimplantation termino-latérale de l'artère rénale droite en décembre 2003, de sténose asymptomatique du tronc coeliaque et de l'artère mésentérique supérieure, de tabagisme actif, ainsi que de sténose cicatricielle stable au niveau de l'ostium de l'artère rénale droite. Les limitations fonctionnelles consistaient en un syndrome dépressif secondaire à la prise d'alcool. La discussion du cas de l'assuré était la suivante :

"Assuré de 48 ans, d'origine américaine, en Suisse depuis 1992, au bénéfice d'une formation universitaire, salarié dans une entreprise travaillant dans la technologie photo voltaïque. A la suite apparemment d'un conflit de travail avec son employeur, l'assuré a démissionné au 31.03.2011. Le rapport médical du Dr A.Z._____ de la consultation d'alcoologie nous démontre le fait que malgré avoir vécu dans une famille dans laquelle l'alcool avait une prééminence (père alcoolique, grand-père alcoolo-dépendant, frère cadet traité pour des problèmes de drogues et d'alcool) il a été capable de faire une formation universitaire. En ce qui le concerne, il a consulté les AA à l'âge de 20 ans et son parcours est émaillé de nombreuses rechutes (2 à 5 litres de bière par jour en août 2005). Manifestement, nous sommes dans le contexte d'une toxicomanie primaire. Notons en page 2 du rapport de 2005 que lorsqu'il est pris en charge par une unité spécialisée, son évolution « est globalement très favorable .../... qu'il aimerait progressivement diminuer sa consommation d'alcool avec le but d'une abstinence totale ». L'évolution sera très positive avec une poursuite du suivi ambulatoire et recherche d'un travail. Le cas a été présenté au Dr

V. _____, FMH en psychiatrie, médecin SMR. Il n'y a là aucun argument pour évoquer un trouble de la personnalité et cet assuré a démontré qu'il était capable de s'arrêter de boire lorsqu'il était pris en charge, avec une évolution favorable. Les rapports actuels des psychiatres démontrent effectivement un trouble dépressif sévère qui devrait s'améliorer avec l'arrêt total de l'alcool et sous prise en charge (service [...] pour la problématique alcoolique, 6^{ème} séance au 5 septembre 2012). On peut être cependant surpris du suivi relativement lâche par le service [...] dans la mesure où il a effectué seulement 6 séances depuis le 23.02.2012. Enfin, le fait que le patient, pour un état dépressif sévère, ne bénéficie que d'un traitement de Reméron ® 30mg 1x/j est étonnant et semble relativement faible par rapport au degré de gravité annoncé. Du reste, en page 1 du rapport du Dr H. _____ reçu le 13.09.2012, on relève: « on remarque en effet que selon les contextes, le patient sombre vite dans un état de dépressivité assez massif accompagné d'angoisse importante. Dans ces moments-là, il peut assez facilement se diriger vers une consommation d'alcool qui ne fait qu'aggraver [sa] situation psychique ». Il apparaît donc qu'en tout cas occasionnellement, l'assuré poursuit sa consommation alcoolique.

Nous n'avons actuellement aucune évidence pour envisager des séquelles neurologiques d'un alcoolisme (syndrome de Korsakov).

Une abstinence totale est donc raisonnablement exigible.”

Par projet de décision du 14 janvier 2013, l'Office AI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser le droit à la rente d'invalidité, au motif qu'il ne présentait pas une pathologie reconnue par l'AI et que le trouble dépressif qu'il présentait s'amendait en cas d'abstinence totale.

Le 12 février 2013, l'assuré a fait part de ses objections sur le projet de décision précité. Il contestait en substance que ledit projet ne tienne pas compte de la diminution durable de sa capacité de gain telle qu'attestée par les divers certificats médicaux au dossier, cela depuis le 18 décembre 2010 jusqu'en février 2013. Il était également d'avis que le projet en question n'était pas établi sur la base de rapports médicaux et l'était sans distinction entre ses problèmes d'alcool et ses autres difficultés. L'assuré estimait par ailleurs que les rapports au dossier étaient incomplets et obsolètes.

Dans un courrier du 15 février 2013, l'OAI a répondu à l'assuré qu'au terme de l'instruction de sa demande, aucun argument n'avait permis la mise en évidence d'une atteinte psychiatrique invalidante au

sens de l'AI, de nature à diminuer globalement sa capacité de travail et de gain, et d'induire un fonctionnement pathologique. Aucun élément ne permettant d'envisager d'éventuelles séquelles neurologiques consécutives à la pratique toxique, de sorte que le SMR estimait qu'il y avait dans ce contexte un alcoolisme primaire, maladie qui ne relevait pas de l'AI. Les médecins traitant avaient en outre attesté la possibilité de la reprise d'une activité professionnelle à compter de février 2012 déjà. L'Office AI attirait par ailleurs l'attention de l'assuré sur la possibilité qui était la sienne de contester le préavis de refus du 14 janvier 2013 par l'apport d'éléments médicaux objectivant ses allégations.

Le 25 février 2013, le Dr B._____, médecin assistant du Service d'alcoologie du CHUV, a transmis à l'Office AI la copie d'un avis de sortie établi le 7 février 2013 en lien avec le séjour de l'assuré auprès de cette unité hospitalière du 18 janvier 2013 au 7 février 2013. Il en ressortait en particulier ce qui suit :

“DIAGNOSTIC - PROBLEME PRINCIPAL / EXAMENS EFFECTUES / TRAITEMENTS PRESCRITS

F10.25 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndr. de dépendance, utilisation continue.

F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen

Sevrage sous Oxazépam d'office en schéma dégressif avec une vitamino thérapie à titre prophylactique qui s'est déroulé sans particularité. Le patient a pu bénéficier du cadre structurant de l'unité, avec un effet stabilisateur quant à sa pathologie dépressive. Une médication anti-dépressive lui a été proposée que le patient préfère refuser actuellement. Il a été informé des différentes thérapies médicamenteuses plus spécifiques à la dépendance alcoolique, notamment les anti-craving (Naltrexine), et il désire en parler avec son médecin traitant en ambulatoire.”

Au terme d'un courrier du 28 février 2013 à l'Office AI, le Dr Q._____ s'est déterminé en ces termes sur la correspondance du 15 février 2013 adressée par ledit office à son patient :

“Monsieur R._____ m'a demandé de répondre à votre lettre du 15.02.2013.

Fondamentalement, je ne pense pas qu'il s'agisse d'un alcoolisme primaire, mais bien d'un recours à l'alcool comme anxiolyse en raison d'une anxiété majeure accompagnant l'épisode dépressif.

Celui-ci est apparu lors d'un épuisement lié à des charges professionnelles trop grandes, et à un conflit avec son dernier employeur.

Le patient a interrompu le suivi auprès de [...] car il ne voyait pas, après je crois deux ans, une amélioration de sa dépendance à l'alcool et de l'état dépressivo-anxieux. L'arrêt auprès de [...] a également été favorisé par le départ du psychiatre qui l'avait pris en charge. Auparavant, le patient et son épouse avaient organisé une prise en charge auprès du service d'alcoologie du CHUV et de l'hôpital de Cery. Le sevrage ayant été réalisé, nos collègues de l'unité de [...] ont pu mesurer l'importance de l'état dépressif."

Par décision du même jour, l'OAI a refusé le droit à la rente d'invalidité. Ses constatations - en tous points identiques à celles ressortant du projet de décision rendu le 14 janvier 2013 - étaient les suivantes :

"[...]

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

Les investigations médicales entreprises dans le cadre de l'instruction de votre demande de prestations n'ont pas permis de mettre en évidence une quelconque pathologie reconnue par l'AI, qui permettrait d'objectiver une réduction durable de votre capacité de travail et de gain.

Il en ressort au contraire que le trouble dépressif dont vous souffrez s'amendrait en cas d'abstinence totale avec une prise en charge adaptée, ce qui a déjà été le cas précédemment. Cela étant, une abstinence totale est exigible, notamment selon le principe de l'obligation de réduire le dommage.

Votre incapacité de gain est due avant tout à votre dépendance alcoolique : nous ne sommes pas en présence d'une invalidité au sens de la loi, dès lors qu'il s'agit d'un alcoolisme primaire."

Dans un courrier d'accompagnement « Procédure d'audition » du 28 février 2013 et faisant partie intégrale de la décision, l'Office AI relevait que les éléments apportés par l'assuré à l'appui de ses objections du 12 février 2013 n'étaient pas de nature à modifier son appréciation.

B. Par acte du 26 mars 2013, R. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus

de rente précitée en concluant implicitement à son annulation. Il exposait ce qui suit s'agissant de son état de santé :

“Etant donné ma fragilité psychologique, avec le soutien de mes thérapeutes et médecins, je suis actuellement dans l'incapacité de travailler à 70 %. Mon réseau de soins, Dr Q. _____, à [...] et le Dr B. _____ au CHUV, me soutiennent pour ma demande AI afin de faire valoir mes droits. Monsieur ou Madame le juge, je me permets de vous écrire afin de demander votre aide et considérer mon recours. Notons que j'ai souffert d'une problématique d'alcool qui est secondaire à ma fragilité psychologique (selon mes médecins). J'ai eu des périodes d'abstinence qui n'ont pas amélioré mon état psychologique ni ma capacité de travail. Actuellement je suis abstinent depuis le 18 janvier 2013 et mon état psychologique est resté péjoré malgré le sevrage effectué au CHUV ainsi que le soutien thérapeutique offert en ambulatoire.

Madame, Monsieur, merci de prendre en considération mon recours et je me tiens à votre disposition afin de faire valoir mes droits sans tricherie. Je me tiendrai aussi à disposition de l'Office AI du canton de Vaud afin d'évaluer ma situation globale et se décider pour une rente ou une reconversion professionnelle. Des rapports plus détaillés peuvent être fournis par mes médecins si nécessaire. Madame, Monsieur le juge, je tiens également à vous tenir au courant qu'aucun médecin de l'office AI ne m'a vu à ce jour. Je me pose la question sur quelles bases mes droits ont été refusés.”

Dans sa réponse du 27 mai 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée. Il s'est déterminé en ces termes sur l'écriture du 26 mars 2013 du recourant :

“Estimant, au vu de l'ensemble des renseignements obtenus, que le recourant ne présentait pas d'atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail et de gain durable, nous avons nié tout droit à une rente d'invalidité. En l'absence de consommation d'alcool, l'état de santé devait permettre l'exercice à temps plein d'une activité lucrative correspondant aux qualifications.

Les pièces médicales produites en procédure d'audition et ultérieurement ne mettent pas en évidence d'éléments objectifs nouveaux, qui remettraient en cause cette appréciation de la situation.”

Le recourant n'a par la suite pas répliqué dans le délai imparti pour ce faire au 24 juin 2013 par la Cour de céans.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile contre la décision rendue le 28 février 2013 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La question litigieuse porte en l'espèce sur l'évaluation de l'état de santé, respectivement de la capacité de travail et de gain résiduelle, du recourant et partant, son droit éventuel à la rente AI. Plus particulièrement, le recourant conteste le point de vue de l'intimé selon lequel son incapacité de gain serait causée par sa dépendance alcoolique (alcoolisme primaire), ce qui lui exclut tout droit aux prestations.

3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 4 LAI en corrélation avec l'art. 8 al. 1 LPGA). On entend par 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 la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c ; TF 9C_960/2009 du 24 février 2010, consid. 2.2).

La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins

dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/2006 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique, dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.3 et la référence citée; Thonney/Gammeter, *Alcool: problèmes psychiatriques courants*. « La boîte à outils du praticien », *Revue médicale de la Suisse romande*, 2004; 124: p. 415 ss; Roland Gammeter, *Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool*, *Forum Med Suisse*, 2002; 23: p. 562 ss; Shivani/Goldsmith/Anthenelli, *Alcoholism and psychiatric disorder: diagnostic challenges*, *Alcohol Research & Health*, 2002; 26(2): p. 90 ss; Christine Davidson, *Identification et traitement des comorbidités psychiatriques associées à l'alcoolodépendance*, *Praxis* 1999; 88: p. 1720).

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 (cf. arrêt I 731/2002 du 25 juillet 2003, consid. 2.3).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 op. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

b) 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 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, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013, consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013, consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; 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 et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008).

5. En l'espèce, il n'existe aucun rapport psychiatrique établi par un médecin du SMR au dossier. En effet, le seul rapport SMR existant, à savoir celui du 8 janvier 2013 établi par le Dr P._____, spécialiste en médecine générale, fait référence à un psychiatre du SMR (« Le cas a été présenté au Dr V._____, FMH en psychiatrie, médecin SMR »). Ce rapport conclut à un alcoolisme primaire au seul motif que l'assuré aurait démontré qu'une fois pris en charge, il avait été capable de stopper sa dépendance à la boisson. Il n'y a pas d'autre motivation. Il retient aussi un syndrome dépressif secondaire à la prise d'alcool qui devrait s'améliorer avec l'arrêt total de l'alcool et moyennant prise en charge du recourant. Cet avis se distance de ceux des médecins suivant l'assuré, lesquels retiennent pour leur part que la dépression majeure de leur patient est indépendante de sa dépendance à l'alcool (cf. rapports des 26 septembre 2011 et 14 mars 2012 des Drs H._____ et K._____, courrier médical du 28 février 2013 du Dr Q._____ et avis de sortie du 7 février 2013 du Dr B._____). On observe en ce sens qu'à la suite d'une surcharge professionnelle puis d'un conflit avec son ex-employeur, le recourant a développé une instabilité (pics anxieux massifs tendant à accentuer les difficultés habituelles) qui, dans ses moments d'angoisses importantes, le dirige vers une consommation d'alcool ne faisant qu'aggraver sa situation psychique (cf. rapport du 5 septembre 2012 des Drs H._____ et K._____). Un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F 32.2) a ainsi été diagnostiqué et qui, selon tous les médecins consultés, a une influence sur la capacité de travail (et par suite, de gain) du recourant à compter du mois de mai 2010 à tout le moins. Or, cette affection à caractère invalidant selon les médecins traitant n'a tout simplement pas été examinée - ou tout au plus semble être liée sans explications uniquement à la consommation d'alcool - par le médecin du SMR. On ignore par conséquent si cette affection psychique contribue à l'incapacité de gain du recourant. Il ressort notamment des rapports au dossier que les diverses périodes d'abstinence n'ont finalement eu aucune amélioration sur son état de santé psychique et donc sur sa capacité de travail et de gain. De plus, tous les psychiatres traitants constatent que l'état du recourant n'est pas stabilisé. On observe encore que le rapport SMR du 8 janvier 2013 ne procède pas à une anamnèse rigoureuse (ou historique

détaillé) de la toxicomanie du recourant. Malgré la présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, il ne décrit pas le rôle joué par chacune d'elles sur la capacité de travail et ne définit pas à quel taux cette dernière pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. On ignore également si l'alcoolisme de l'assuré est consécutif ou non à son trouble de la personnalité, celui-ci étant nié par le Dr P._____ sans aucune explication. On ignore par ailleurs le degré de gravité intrinsèque du trouble de la personnalité et l'importance que celui-ci aurait joué - en sus de graves difficultés conjugales et professionnelles - dans le développement et la fixation de l'addiction, tout comme le trouble dépressif sévère. On ignore pour terminer si moyennant abstinence, le recourant est en mesure de mener une vie normale.

6. a) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19

novembre 2007, consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/2006 du 29 mai 2007, consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd. n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210 et 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° u 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par

l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose que lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, comme indiqué ci-dessus (cf. consid. 5 *supra*), l'instruction menée par l'intimé sur le plan psychiatrique est lacunaire et ne permet par conséquent pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique (art. 44 LPGA).

7. Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

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. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

b) Obtenant gain de cause, le recourant a en principe droit à des dépens. Cependant dans la mesure où il n'a pas recouru aux services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, le recourant ne saurait y prétendre en l'espèce (art. 61 let. g *a contrario* LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 28 février 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- 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 :

Le greffier :

Du

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

- R. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :