

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 août 2014

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Neu et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Kathrin Gruber, avocate à Vevey,

et

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

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

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1964, divorcé et père de deux enfants aujourd'hui majeurs, a séjourné à diverses reprises en Suisse entre 1989 et 1996 avant de venir s'établir dans ce pays en 1999, au bénéfice d'une autorisation idoine. Sur le plan professionnel, l'intéressé a suivi en 1986 une formation de soudeur durant six mois dans sa patrie, puis a essentiellement travaillé en emploi fixe ou temporaire comme soudeur auprès de différents employeurs au Portugal, au Venezuela et en Suisse, se trouvant au chômage en 2003 et 2006.

A la suite d'un état d'agitation provoqué par la consommation de cocaïne, l'assuré a séjourné du 15 mars au 6 avril 2006 à l'Hôpital psychiatrique de K._____. A cette occasion, un syndrome de dépendance à la cocaïne, utilisation continue, et une décompensation psychotique avec symptômes maniformes ont été retenus comme diagnostics.

Sur le plan pénal, l'intéressé a été placé en détention préventive du 3 février au 18 mars 2005 dans le cadre d'une enquête portant, entre autres, sur la fabrication de faux billets de banque et la consommation de produits stupéfiants ; il sera finalement condamné à une peine privative de liberté avec sursis. Dans ce contexte, l'assuré a fait l'objet d'une expertise psychiatrique en janvier 2007 réalisée par les Drs D._____ et L._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant auprès de l'Unité d'expertises du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier S._____). Dans leur rapport du 27 février 2007, ceux-ci ont retenu les diagnostics de dépendances à l'alcool et au cannabis, utilisation continue, de dépendance à la cocaïne actuellement abstinent (avec antécédents d'utilisation de cocaïne nocive pour la santé de d'octobre 2004 au 3 février 2005, antécédents de trouble psychotique avec symptômes maniaques au premier plan lié à l'utilisation de cocaïne en mars 2006, et antécédents de syndrome de sevrage à la cocaïne en

février 2005), et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis 2003.

Dès 2008, alors qu'il était employé par l'entreprise O. _____ SA, l'intéressé a connu plusieurs périodes d'incapacité de travail à des taux variables avant d'être licencié par cet employeur au 30 avril 2010.

B. Le 14 octobre 2008, la Consultation de R. _____, Policlinique du Département de psychiatrie du Centre hospitalier S. _____, a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) un formulaire de détection précoce faisant mention d'un trouble bipolaire. Le 30 novembre suivant, F. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI).

Dans un rapport du 4 juin 2009 à l'attention de l'OAI, les Drs N. _____ et Z. _____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante à la Consultation de R. _____, ont retenu les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne (F31.3), de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25), et de syndrome de dépendance à la cocaïne, utilisation continue (F14.25), ces atteintes existant depuis 2006. Ils ont exposé que l'assuré présentait une thymie triste, un ralentissement psychomoteur, une anhédonie, une anxiété importante, une irritabilité en lien avec ses symptômes de manque (cocaïne et alcool), des troubles de la concentration et de la mémoire, des troubles du sommeil ainsi qu'une tension interne. Les Drs N. _____ et Z. _____ ont ajouté que l'incapacité de travail était entière dans l'activité de soudeur, depuis le 25 mai 2009. Concernant les restrictions, ils ont mentionné une asthénie, une irritabilité, une anxiété et des troubles de la concentration et de la mémoire, ces restrictions se manifestant au travail par une exacerbation de l'anxiété et de l'irritabilité avec tendance à l'agressivité face à l'échec, ainsi que par des tremblements des extrémités et donc une incapacité à utiliser un appareil de soudure. Cela étant, l'activité de soudeur était considérée comme inexigible.

Les assureurs perte de gain V._____ et X._____ ont communiqué leurs dossiers à l'OAI respectivement les 19 et 27 janvier 2010. Il en est notamment ressorti que, le 12 août 2009, ces deux assureurs s'étaient chacun vu adresser un rapport rédigé par les Drs N._____ et Z._____, posant des diagnostics superposables à ceux retenus en juin 2009, à l'exception du syndrome de dépendance à la cocaïne dont l'utilisation était décrite comme épisodique (F14.26).

Dans un rapport du 4 janvier 2011 destiné à l'OAI, les Drs N._____ et G._____, médecin assistante à la Consultation de R._____, ont retenu les atteintes avec impact sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F33.2), de trouble de panique (F41.0), de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation occasionnelle (F10.2), et de syndrome de dépendance à la cocaïne, actuellement abstinent (F14.2), ces atteintes existant depuis 2006 ; à titre de diagnostics différentiels, étaient évoqués un trouble affectif bipolaire décrit lors des hospitalisations (F31.9), un syndrome d'hyperactivité chez l'adulte et un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type impulsif (F60.39). Les médecins ont signalé une thymie triste, d'importants troubles du sommeil, une anxiété et une anhédonie, mais n'ont pas constaté de troubles formels de la pensée ni de signes de la lignée psychotique. Ils ont ajouté que l'évaluation pratiquée évoquait un état dépressif majeur accompagné d'attaques de panique, que l'on relevait la présence d'idées suicidaires non systématisées et que l'impulsivité du patient se manifestait par la consommation occasionnelle, mais abusive, d'alcool ou de médicaments, étant précisé que la symptomatologie dépressive persistait à distance des prises d'alcool. Ils ont émis un pronostic plutôt favorable au vu de la vitalité résiduelle et de l'envie de s'en sortir de l'assuré, malgré un état dépressif sévère. Les Drs N._____ et G._____ ont retenu une entière incapacité de travail dans l'activité de soudeur dès février 2010. S'agissant des limitations, ils ont indiqué que les troubles de la concentration et de la mémoire, l'anxiété, la fatigabilité et l'impulsivité de l'assuré étaient un obstacle pour l'activité de soudeur et que la difficulté de se plier à un rythme, de tenir sur la durée et d'être capable de se

concentrer entraînaient une diminution des performances ; il en résultait que, pour l'heure, l'assuré n'était pas capable de maintenir un rythme de travail soutenu et régulier. Ainsi, les Drs N._____ et G._____ ont considéré que l'activité habituelle n'était pas exigible et que des mesures précoces d'aide à la réinsertion professionnelle étaient indiquées.

Sur requête du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), les Drs N._____ et G._____ ont complété leurs observations le 16 mars 2011. Ils ont exposé que si le contexte médical était stable actuellement, le contexte familial demeurait en revanche chaotique et n'était pas sans conséquence sur la capacité de fonctionnement de l'assuré, lequel demeurait néanmoins très motivé à reprendre une activité professionnelle. Cela étant, les médecins ont considéré qu'un programme de réentraînement progressif permettrait d'arriver au maximum à une capacité de travail de 50% en trois mois. Ils ont ajouté que l'intéressé avait débuté une prise en charge à la Fondation O._____ - qui permettrait d'évaluer ses capacités d'adaptation, ses compétences et sa volonté - et qu'un programme de réinsertion pourrait s'inscrire dans la continuité de cette prise en charge. Invités à décrire les limitations fonctionnelles psychiatriques objectives, les Drs N._____ et G._____ ont signalé une tendance aux attaques de panique en situation de stress qui devrait être gérable par une reprise d'activité très progressive. En outre, ils ont relevé que la consommation d'alcool occasionnellement importante (en relation avec les difficultés familiales) pourrait compromettre la régularité au travail. Néanmoins, ils ont souligné que l'assuré était désœuvré et laissé à lui-même depuis de nombreux mois et qu'un engagement professionnel lui permettrait probablement de mobiliser à nouveau ses ressources, de structurer ses journées et diminuer ses rechutes de consommation d'alcool.

Par avis médical du 26 avril 2011, le Dr Q._____ du SMR a retenu que les renseignements pris auprès des médecins de la Consultation de R._____ permettaient d'envisager des mesures de réinsertion dans une activité manuelle simple et peu stressante, à un taux progressif.

Le 11 mai 2011, à la suite d'un entretien téléphonique avec la Dresse G._____, l'OAI a établi une note dont il résultait que le stage mis en œuvre à la Fondation O._____ avait dû être interrompu, l'assuré s'étant remis à consommer de l'alcool et d'autres substances suite à des problèmes personnels.

Aux termes d'un rapport du 6 juin 2011, les Drs N._____ et G._____ ont posé les diagnostics incapacitants de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotique (F33.2), d'attaque de panique (F41.0), de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.2), et de syndrome de dépendance à la cocaïne, utilisation occasionnelle (F14.3), depuis 2006 ; un trouble bipolaire était par ailleurs évoqué à titre de diagnostic différentiel. Ils ont précisé que même si l'assuré s'était dit très intéressé par le travail proposé à la Fondation O._____, plusieurs facteurs avaient toutefois contribué à son abandon précoce ; ainsi, après avoir dû renoncer à sa voiture pour des motifs économiques et avoir appris dans le même temps qu'il devait quitter son logement et ne bénéficierait bientôt plus d'indemnités journalières, l'assuré, se sentant mis au ban de la société, avait augmenté sa consommation d'alcool et de médicaments à but anxiolytique. Sur le plan médical, les Drs N._____ et G._____ ont relevé une recrudescence de la symptomatologie anxieuse et dépressive avec sentiments de dévalorisation, perte de l'élan vital, perte d'espoir, irritabilité et anxiété envahissante. Ils ont estimé que dans ces conditions, l'idée d'une reprise d'activité ne pouvait être que provisoirement reportée - étant précisé qu'une fois la situation psychosociale de l'assuré résolue, on pourrait envisager une reprise de travail à 50% dans le cadre d'une activité valorisante pour laquelle il se sentait des compétences.

Le 15 décembre 2011, les Drs T._____, chef de clinique adjoint à la Consultation de R._____, et G._____ ont fait savoir à l'OAI que l'état de santé de l'assuré avait initialement connu une évolution favorable, dans le cadre d'une activité professionnelle de courte durée

comme soudeur à plein temps. Pour se sentir à la hauteur, l'intéressé avait toutefois repris une consommation régulière de substances psychostimulantes, manquant plusieurs rendez-vous à la Consultation de R._____. Une aggravation de la symptomatologie anxieuse et dépressive avait alors été observée, de même qu'une importante irritabilité. Les Drs T._____ et G._____ ont relevé que si l'intéressé avait pu faire l'expérience de compétences encore présentes dans le domaine de la soudure, il se plaignait par contre de plus grandes difficultés de concentration, d'une plus grande fatigabilité ainsi que d'une faiblesse oculaire que ses moyens financiers ne lui permettaient pas de corriger actuellement. Ils ont ajouté que l'assuré aspirait à une réinsertion professionnelle en qualité de soudeur mais que ses capacités physiques et psychiques ne lui permettaient pas d'assumer cette tâche à plein temps sans avoir recours à des substances comme automédication, se mettant ainsi en grand danger. Les Drs T._____ et G._____ ont considéré qu'une activité à 50% serait plus adaptée à la situation de l'intéressé et que des mesures immédiates d'aide à la réinsertion professionnelle soutenue par l'AI dans le cadre d'un travail à 50% étaient nécessaires. Quant au pronostic, il restait réservé.

Dès le 30 janvier 2012, l'assuré a pris un emploi de soudeur à plein temps auprès de l'entreprise A._____ SA ; après diverses périodes d'incapacité de travail, il sera finalement licencié le 5 octobre 2012.

Le 12 décembre 2012, l'assureur perte de gain J._____ a transmis diverses pièces à l'OAI. Il en ressortait essentiellement que l'assuré avait ressenti des douleurs à l'épaule et au bras droits lors d'un effort important au travail le 10 juillet 2012 et qu'une incapacité de travail totale dès le 12 juillet 2012 s'en était suivie (cf. rapport du Dr A._____, médecin généraliste traitant, du 22 octobre 2012). Dans ce contexte, aux termes d'un rapport d'imagerie par résonance magnétique [IRM] cervicale du 3 août 2012, le radiologue I._____ avait signalé une discopathie bombante du rachis cervical moyen et inférieur prédominant en C6-C7, avec visualisation d'une saillie discale focalisée postéro-latérale droite d'allure contraignante pour l'émergence de la racine C6 droite. Un scanner

cervical avait par ailleurs été réalisé, à l'issue duquel le neuroradiologue P._____ avait conclu, le 22 août 2012, à des altérations dégénératives cervicales basses, avec perte de hauteur essentiellement en C6-C7 et mise en évidence à ce niveau d'une protrusion disco-ostéophytaire en topographie latérale et foraminale droite, étant précisé qu'une tentative d'infiltration C6-C7 droite s'était soldée par un échec en raison d'une crise de panique de l'assuré. Enfin, le radiologue M._____ avait également été consulté et avait pour sa part retenu, par avis du 25 septembre 2012, que la symptomatologie en cause concernait plutôt le territoire C5-C6 que le territoire C6-C7.

Sur mandat de l'OAI, l'assuré a fait l'objet le 31 décembre 2012 d'une expertise psychiatrique réalisée par le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 2 janvier 2013, l'expert a retenu ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

• Avec répercussion sur la capacité de travail ; depuis quand sont-ils présents ?

- Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation d'alcool ; syndrome de dépendance (10.2) ; présent depuis 2004
- Trouble anxieux, sans précision (F41 .9) ; présent depuis 2011

• Sans répercussion sur la capacité de travail ; depuis quand sont-ils présents ?

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (33.00) ; présent depuis 2004

DISCUSSION ET APPRÉCIATION

- Nous sommes en présence d'une personne de 48 ans chez qui le développement psycho-affectif a été marqué par une instabilité des lieux de vie avec des déménagements aux Açores, à Lisbonne, à Porto, dans le nord du Portugal ainsi qu'au Venezuela. [...]

Le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif, a été posé dans le rapport médical AI du 6 juin 2011 des Docteurs N._____ et G._____ ; il figure dans les diagnostics différentiels dans le rapport médical AI du 4 janvier 2011 des mêmes médecins.

Pour qu'un diagnostic de trouble de la personnalité puisse être posé, il est nécessaire que des dysfonctionnements prononcés aient eu lieu de manière permanente depuis l'adolescence au plus tard dans le domaine des cognitions (perception de soi et de l'environnement), de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel, dysfonctionnements qui doivent s'être manifestés

dans tout type de situations et qui doivent avoir été à l'origine d'une souffrance personnelle ou d'un impact nuisible sur l'environnement social.

Dans le cas de Monsieur F._____, ce dernier ne signale pas de souffrance psychique avant 2004 environ (40 ans). De surcroît, il a été à même à faire une formation professionnelle. De même, il a été capable de s'intégrer dans le monde du travail et l'analyse du cursus professionnel montre que des dysfonctionnements (retards, notamment) ne se sont manifestés qu'à partir de 2004 environ. [...] Enfin, sur le plan sentimental, si son mariage a échoué, la relation avec sa femme ne s'est dégradée qu'à partir du début des années 2000, soit après une douzaine d'années de vie commune.

Ce qui précède signifie qu'un diagnostic de trouble de la personnalité au sens des classifications psychiatriques officielles [...] ne doit pas être posé ici.

En effet, il apparaît que les dysfonctionnements ont été en lien avec la polytoxicomanie et plus particulièrement pendant la période du service militaire, puis à partir de 2004 [...].

[...] Dans les documents précités, il n'existe pas de discussion diagnostique formelle [...]. Par contre, dans le rapport d'expertise pénale du 27 février 2007, les Docteurs D._____ et L._____ excluent *expressis verbis* un diagnostic de trouble de la personnalité, cela au vu d'une période de stabilité sur les plans professionnel, interpersonnel et familial. Pour ces raisons, nous nous distançons du rapport médical du 6 juin 2011[.]

Par contre, au vu des conditions défavorables de l'enfance (instabilité des lieux de vie), Monsieur F._____ présente une structuration constitutionnelle psychique précaire (confirmée par l'examen psychologique auquel il a été procédé dans le cadre de l'expertise pénale du 27 février 2007), avec une vulnérabilité à l'émergence d'une symptomatologie dépressive, anxieuse et à l'abus de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants). Témoigne en faveur de cela le bouleversement de la vie de l'assuré à partir du moment où a eu lieu le processus de séparation de sa femme.

- [...] une consommation de cannabis a débuté à l'adolescence, sur un mode social, consommation qui a été régulière jusqu'en 2005 et qui aurait cessé définitivement en 2006-2007. Comme utilité à la prise de cette substance, l'assuré mentionne l'accroissement de ses facultés de concentration pour le travail de soudure.

Une consommation de cocaïne a eu lieu à partir de l'âge de 23-24 ans, dans un contexte festif. Plusieurs périodes d'abstinence auraient eu lieu et plus particulièrement entre 1990 environ et 2003. Elle a été régulière en 2004-2005 puis aurait été irrégulière jusqu'à l'hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de K._____ (15 mars-6 avril 2006), puis sporadique, la dernière prise ayant eu lieu le 6 février 2011.

Un autre stimulant (ecstasy) n'aurait été consommé que pendant la période de la fin de l'année 2004-début de l'année 2005, cela dans un contexte festif également et il en aurait été de même pour la prise d'amphétamines pures, si l'on exclut, pour cette dernière substance, une première absorption, limitée dans le temps, pendant le service militaire. Le but de l'ecstasy et des amphétamines était

d'aider Monsieur F. _____, de «tenir la journée» et d'avoir des rapports sexuels répétés pendant la nuit.

L'assuré dit avoir goûté de l'héroïne fumée à deux reprises pendant la même période (fin de l'année 2004-début de l'année 2005) mais avoir arrêté en raison d'une mauvaise réaction et en particulier de vomissements.

Un premier contact avec l'alcool aurait eu lieu à l'âge de 16-17 ans avec une consommation importante pendant la période du service militaire puis, de nouveau, associé aux stupéfiants, à partir de 2004 (vin, bière, vodka, whisky). L'absorption d'alcool a repris après l'hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de K. _____ (15 mars-6 avril 2006) et s'est poursuivie jusqu'à ce jour, actuellement d'une demi-bouteille de vin par jour, deux-trois bières par jour ainsi qu'un demi-litre de vodka ou de whisky. L'assuré fait part de la manifestation de signes de sevrage lors de l'arrêt de la boisson, de phénomènes de tolérance (nécessité d'augmenter la quantité absorbée pour maintenir l'effet identique ; diminution de l'effet en maintenant la quantité absorbée identique), il fait part d'un besoin compulsif de boire, il existe une perte du contrôle (rechute après l'hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de K. _____), de même que Monsieur F. _____ a continué à consommer de l'alcool de manière problématique alors qu'il était au courant de ses effets délétères. Comme utilité à l'absorption d'alcool, il mentionne l'augmentation des effets des médicaments, l'effet décontractant de l'alcool et le fait de ne pas penser à des choses pénibles.

De ce qui précède, il ressort que les critères 1, 2, 3, 4 et 6 pour le diagnostic de dépendance à l'alcool sont vérifiés. Il s'agit d'une problématique de type secondaire, étant donné qu'elle a lieu de manière délibérée pour faire face à un mal-être psychique ainsi que dans le contexte d'une fragilité constitutionnelle psychique.

De ce qui précède, il apparaît également qu'à l'heure actuelle, un diagnostic de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de cannabis, de cocaïne, d'ecstasy, d'amphétamines et d'héroïne ne doit pas être posé.

Il n'y a pas de séquelles psychiques incapacitantes en lien avec la problématique alcoolique et en particulier il n'y a pas de troubles neuropsychologiques (absence de désorientation ; absence de manie troubles de la mémoire récente), il n'y a pas de détérioration intellectuelle (absence de démence alcoolique) ni de séquelles psychotiques (absence de psychose alcoolique).

Il n'y a pas non plus d'arguments en faveur de séquelles persistantes en lien avec les toxicomanies passées [...].

Par contre, la problématique alcoolique persistante accentue la symptomatologie dépressive (effet dépressogène de l'alcool) de même que la symptomatologie anxieuse (effet anxio-inducteur de l'alcool).

- Le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne, a été mentionné dans le rapport médical AI du 4 juin 2009 ainsi que dans la réponse aux questions du 12 août 2009 et, comme diagnostic différentiel, dans les rapports médicaux AI du 4 janvier et du 6 juin 2011.

Le trouble affectif bipolaire fait référence à une symptomatologie maniaque ou hypomaniaque [...] alternant avec des épisodes de dépression.

L'exploration anamnétique ne montre pas que Monsieur F. _____ ait présenté, en dehors des consommations de substances psychoactives et plus particulièrement de cocaïne, une telle symptomatologie. Au cours de l'entretien d'expertise psychiatrique du 31 décembre 2012, des symptômes maniaques ou hypomaniaques n'ont pas été constatés.
[...]

Au vu de ce qui précède, le diagnostic de trouble affectif bipolaire ne doit pas être retenu.

- Monsieur F. _____ dit se sentir déprimé depuis 2004, cela dans le contexte du processus de séparation de sa femme. Il aurait présenté de nombreux épisodes, d'une durée variable (1-2 semaines à 1-2 mois) et cela selon les événements de vie adverses. La symptomatologie rapportée est celle d'une tristesse, de pleurs, d'une perte de l'intérêt et de l'énergie, d'une perte de la confiance en soi, d'autoreproches, d'idées de suicide, de troubles de la concentration et de la mémoire, de troubles du sommeil et de l'appétit fluctuants. Les traitements antidépresseurs d'escitalopram (Cipralax®) puis de duloxétine (Cymbalta®) ont été nécessaires. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen a été posé dans le rapport d'expertise pénale du 27 février 2007 et celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, dans les rapports médicaux AI du 4 janvier et du 6 juin 2011.

Actuellement, l'humeur est légèrement déprimée avec un découragement, un discours négatif, mais l'absence de tristesse franche, l'absence de pleurs, l'absence de perte de l'élan vital, l'absence d'abattement ainsi qu'une mimique, une gestuelle et une modulation de la voix conservées. Il existe une anhédonie partielle en ce sens qu'il n'y a actuellement guère que le fait de sortir avec son frère, de jouer à la guitare ou de faire du chant qui ne soit source d'une relative satisfaction. Est présente une diminution de la confiance en soi ainsi que des autoreproches. Il n'y a pas d'idées de mort ou de suicide, le sommeil est conservé avec le traitement actuel et l'appétit ainsi que le poids sont stables.

Plus particulièrement, il n'y a pas de réduction de l'énergie avec, à l'observation clinique directe, l'absence de diminution de l'élan vital. Si l'analyse du déroulement du quotidien montre un nombre d'activités réduites, cela est plus le fait d'un désœuvrement. Il n'y a pas d'aboulie (perte de la volonté) en ce sens que, par exemple, Monsieur F. _____ participe aux tâches ménagères dans l'appartement qu'il partage avec sa copine ou qu'il souhaite travailler et qu'il a entrepris des démarches concrètes en ce sens (retour auprès de l'entreprise A. _____ SA à la fin du mois de janvier 2012). Il n'y a pas de ralentissement idéique (initiative, fluidité idéiques) ni moteur. Enfin, il n'y a pas de diminution de l'aptitude à penser comme symptôme de dépression, avec l'absence de troubles de l'attention, de la concentration (assur[é] comprenant et répondant aux questions sans hésitations ou de temps de latence anormalement accru), ni de troubles de la mémoire (restitution exacte de dates ; description précise d'événements se rapportant au

passé proche ou lointain); néanmoins, une perturbation des processus de pensée est susceptible de se manifester lors des moments d'angoisse accrue (*cf. infra*).

- Dans la réponse aux questions du 16 mars 2011, il est mentionné que Monsieur F._____ présente une tendance aux attaques de panique et le diagnostic d'attaques de panique est posé dans le rapport médical AI du 6 juin 2011.

À l'anamnèse dirigée, s'il ressort que l'assuré présente une anxiété marquée, il ne s'agit pas d'épisodes clairement délimités dans le temps, survenant la plupart du temps sans raison et s'accompagnant d'une symptomatologie telle qu'une difficulté respiratoire, des tremblements, une transpiration, une sécheresse buccale, des palpitations, une gêne abdominale ou une sensation d'oppression thoracique.

Au vu de ce qui précède, le diagnostic de trouble panique ne doit pas être posé et nous nous distançons des documents précités.

Par contre, l'angoisse que présente Monsieur F._____ est marquée. Elle s'inscrit actuellement dans le contexte de sa dégradation sociale (absence d'emploi, expulsion de sa maison [...] le 11 juillet 2012, dégradation des relations avec son fils qui l'aurait frappé). L'anxiété est suffisamment marquée pour faire l'objet d'un diagnostic séparé. Comme nous n'avons pas à faire à un trouble panique, tel que nous l'avons vu, ni à une agoraphobie ni à une phobie sociale ni à une anxiété généralisée (absence de symptômes neurovégétatifs), le diagnostic de trouble anxieux, sans précision (F41 .9) doit être posé.

Si nous avons vu que le trouble anxieux est lié à des conditions de vie adverses, celui-ci est également entretenu par la problématique alcoolique (effet anxio-inducteur de l'alcool). De ce fait, une abstinence à l'alcool devrait avoir lieu.

- Le diagnostic de syndrome d'hyperactivité chez l'adulte est mentionné dans la catégorie des diagnostics différentiels du rapport médical AI du 4 janvier 2011.

Le diagnostic de trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THDA) chez l'adulte n'est pas retenu dans les catégories nosographiques de la CIM-10. Par contre, le DSM-IV-TR l'admet à certaines conditions.

Ainsi, il est nécessaire que certains symptômes d'hyperactivité ainsi que de déficit de l'attention-impulsivité doivent avoir été présents avant l'âge de 7 ans. Or, dans le cas de Monsieur F._____, il n'y a pas d'arguments allant en ce sens. Par ailleurs, six symptômes d'inattention au moins, ou six symptômes au moins d'hyperactivité-impulsivité doivent avoir persisté pendant au moins 6 mois. Or, au cours de l'entretien d'expertise psychiatrique du 31 décembre 2012, aucun symptôme d'inattention [...] ni de symptômes d'hyperactivité-impulsivité [...] n'ont été constatés.

Au vu de cela, [...] le diagnostic de trouble d'hyperactivité et de déficit de l'attention ne doit pas être posé actuellement ni pour la période passée.

- Les éléments de pronostic favorable sont constitués par la recherche de soins (psychiatriques, psychopharmacologiques), l'étayage socio-familial relativement préservé ainsi que par l'arrêt de la consommation de cannabis et de cocaïne. Les éléments de pronostic défavorable sont constitués par l'hérédopathie, par la fragilité constitutionnelle psychique, par la récurrence de la dépression [...], par la persistance de la problématique alcoolique, par la durée des troubles ainsi que par les facteurs de stress actuels constitués par la précarité financière, l'absence de domicile fixe ainsi que les rapports dégradés avec son fils aîné. Globalement, le pronostic doit être qualifié de défavorable.

La dépression, actuellement légère, n'est pas à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. L'aptitude au travail est par contre affectée par la symptomatologie anxieuse, la mauvaise structure constitutionnelle psychique (fragilité, dans le sens d'une réactivité aux stressseurs existentiels) ainsi que la problématique alcoolique. En effet, la consommation permanente d'alcool accentue l'anxiété et l'intolérance au stress. L'anxiété est susceptible d'être à l'origine d'une perturbation des processus de pensée, ce qui est problématique dans l'activité de soudeur (nécessité de facultés d'attention et de concentration soutenues). [...]

En d'autres termes, les limitations fonctionnelles psychiques actuelles sont constituées par l'anxiété (susceptible d'induire une perturbation des processus de pensée), l'intolérance à la pression psychique (stress) ainsi que la fragilité (vulnérabilité) psychique.

Ces limitations fonctionnelles sont accentuées par la problématique alcoolique. Nous considérons, de ce fait, que cet aspect contribue à l'incapacité de travail, raison pour laquelle il figure sous la rubrique des diagnostics avec effet sur la capacité de travail, même si cela est le cas de manière indirecte. Les limitations fonctionnelles précitées sont incompatibles avec le métier de soudeur, métier à risque.

Par contre, l'état de Monsieur F. _____ n'est pas stabilisé. En effet, l'assuré traverse actuellement une nouvelle période d'instabilité et de dégradation sociale. De même, l'arrêt de la consommation d'alcool est susceptible de mener à un amenuisement des limitations fonctionnelles précitées.

Dans l'immédiat, l'assuré est encore trop instable dans son état pour qu'une activité adaptée soit envisageable. Si le métier de soudeur pourrait être réenvisagé après l'arrêt des alcoolisations et la fin de la période d'incertitudes socio-économiques actuelle, cela n'est pensable qu'en termes de longue échéance. Par contre, dans une activité adaptée, la fin des alcoolisations pourrait être suivie par la reprise d'une activité simple, itérative, non dangereuse, sans responsabilités étendues ni de prises de décisions importantes à 50% puis, après 2 mois environ, à plein temps.

Quoi qu'il en soit, une abstinence à l'alcool durable, contrôlée et documentée, est médicalement exigible, mais devrait se faire sous surveillance médicale.

- En résumé, il s'agit d'un assuré de 48 ans qui présente une dépendance à l'alcool, problématique de type secondaire et qui n'a pas été à l'origine de séquelles incapacitantes. Dans l'immédiat, la dépendance à l'alcool est indirectement incapacitante en ce sens qu'elle accentue le trouble anxieux.

Le diagnostic de trouble anxieux, sans précision, doit être posé et il est à l'origine de l'incapacité de travail actuelle.

La fragilité psychique (vulnérabilité) participe à l'incapacité de travail.

En tant que soudeur, elle est de 100%. Dans une activité adaptée, une capacité de travail de 50% peut être possiblement récupérée suite à une abstinence à l'alcool et la résolution des facteurs de stress socio-économiques actuels.

Le trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, n'est pas à l'origine, dans l'immédiat, d'une diminution de l'aptitude au travail. Par contre, le risque d'une nouvelle intensification est non négligeable.

Les diagnostics de trouble affectif bipolaire, de trouble de la personnalité, de trouble d'hyperactivité et de déficit de l'attention chez l'adulte ainsi que de trouble panique ne doivent pas être posés. Il n'y a pas de consommation de cocaïne, de cannabis, d'ecstasy, d'héroïne ni d'amphétamines actuellement."

Le Dr C._____ a par ailleurs répondu comme suit aux questions qui lui étaient posées :

"B. INFLUENCE SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

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

- Sur le plan psychique et mental

Angoisse (susceptible d'induire une perturbation des processus de pensée), intolérance à la pression psychique (stress), fragilité (vulnérabilité) psychique.

- Sur le plan social

Aucune.

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

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

Les troubles dont souffre l'assuré sont prononcés et agissent défavorablement sur l'activité de soudeur.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Elle est nulle.

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

Non.

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

Oui. La diminution du rendement est de 100%.

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

L'examen du 31 décembre 2012 a montré un état induisant des limitations fonctionnelles sur le plan psychique entraînant une incapacité de travail totale depuis le 25 mai 2009 au plus tard.

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

Il a toujours été de 100% (la reprise d'activité qui a été tentée entre la fin janvier et le 12 juin 2012 ne peut pas être considérée comme une capacité de travail durable).

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

En raison de ses troubles psychiques, Monsieur F. _____ n'est pas capable de s'adapter à son environnement professionnel.

C. INFLUENCE SUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Non, tant que persistera la problématique alcoolique.

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

Oui.

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

Une abstinence à l'alcool, définitive, contrôlée et documentée, est médicalement exigible. Cependant, au vu de la vulnérabilité psychique, ce processus devrait avoir lieu sous surveillance médicale.

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

L'abstinence à l'alcool est susceptible de permettre un amenuisement de la symptomatologie dépressive et surtout de la symptomatologie anxieuse ainsi que la récupération d'une capacité de travail, dans un premier temps, dans une activité adaptée et, en termes de longue échéance, en tant que soudeur possiblement.

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

Non, pas actuellement.

[...]

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

Il devrait d'abord être procédé à une abstinence durable de la consommation d'alcool. À partir de ce moment, et lors de la résolution des facteurs de stress socio-financiers actuels et la stabilisation de l'état psychique à laquelle cela mènerait, l'on pourrait envisager, dans un premier temps, la prise d'une activité dans un travail adapté. En dehors de cela, les ressources psychiques

de Monsieur F. _____ restent insuffisantes, même pour une activité occupationnelle, comme en témoigne l'échec de ce type de mesure à la fondation O. _____ au mois de juin 2011.

Remarques et/ou autres questions :

La Doctoresse G. _____ n'a pas été joignable en raison de son absence prolongée."

Par avis médical SMR du 28 janvier 2013, le Dr Q. _____ s'est rallié aux conclusions de l'expert C. _____.

Le 22 mars 2013, l'assureur perte de gain J. _____ a communiqué à l'OAI un rapport d'expertise établi le 7 avril 2013 par le Dr H. _____, spécialiste en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport. Il en résultait notamment ce qui suit :

"[...] L'assuré annonce une consommation régulière d'alcool avec une prise en charge qui devrait bientôt débiter sous la forme d'un sevrage à l'Institut O. _____.

[...]

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Monsieur F. _____ est un assuré de 49 ans, travaillant comme soudeur qualifié s'agissant d'une activité justifiant de souder des conduites, travail[l] nécessitant des ports de charge, de travailler dans des fouilles endroits parfois difficilement accessibles et justifiant des mouvements non ergonomique[s].

L'assuré est en arrêt de travail de 100% dès le 12 juillet 2012 en raison de douleurs cervicales prolongées d'une douleur intéressant le membre supérieur droit et des paresthésies ressenties comme des fourmillements sur les mêmes territoires. Reprenant son activité professionnelle à 50% dès le 18 septembre 2012, il est à nouveau à l'incapacité de travail dès le 1^{er} octobre 2012, licencié selon les délais légaux en usage au 5 octobre de la même année.

[...]

L'examen clinique vérifie une altération douloureuse de la mobilité cervicale, la palpation segmentaire retrouvant des douleurs paracervicales droites des zones d'insertionnelles intéressant la musculature du trapèze du même côté. Le reste de l'examen ostéo-articulaire est normal, sans altération de la mobilité tronculaire ni des grosses comme des petites articulations périphériques. Il n'a pas d'arthrite ni de synovite. Le réflexe tricipital est absent. Il n'y a pas d'altération de la force ni de troubles de la sensibilité des membres supérieurs.

L'assuré présente donc des cervico-brachialgies droites à composante irritative et déficitaire du point de vue réflexe dans le

cadre d'une discopathie C6-C7 bien réelle et concordante de sa symptomatologie.

Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assuré est nulle dans son activité professionnelle de soudeur en regard des contraintes de charge et des positions non ergonomiques qu'implique cette activité.

Dans une activité légère, épargnant les travaux lourds, les ports de charge supérieurs à 10 kg de manière ponctuelle et 5 kg de manière répétitive, activité excluant les mouvements répétitifs impliquant la nuque et la position statique prolongée au-delà d'une heure, travail autorisant l'alternance de la position assise et debout aux heures, la capacité de travail de l'assuré est entière, sans diminution de rendement.

[...]

REPONSES AUX QUESTIONS

1. Diagnostics actuels exacts

Cervico-brachialgies droites irritatives et déficitaires du point de vue réflexe.

Discopathie latérale et foraminale droite de C6-C7.

2. Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans la profession actuelle ?

L'incapacité de travail de l'assuré est totale, ceci de manière durable et définitive dans son activité professionnelle de soudeur en regard des contraintes de charges et des positions non ergonomiques et les postures prolongées avec la nuque qu'implique cette activité.

3. Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans une profession adaptée à l'handicap ? Types de professions ?

Dans une activité professionnelle légère, excluant les ports de charge au-delà de 10 kg de manière ponctuelle et 5 kg de manière répétitive, les mouvements répétitifs de la nuque, la position statique de cette dernière au-delà d'une heure et l'autorisation de l'alternance des positions assises et debout aux heures, la capacité de travail est entière, sans diminution de rendement.

[...]

6. Votre pronostic ?

Le pronostic est plutôt bon dans une activité adaptée en regard d'un examen clinique ostéo-articulaire normal à l'exclusion de la nuque.

[...]"

En date du 21 juin 2013, un juriste de l'OAI a établi l'avis suivant :

"Il ressort clairement de l'expertise [du Dr C. _____] que nous nous trouvons dans le cas de troubles psychiatriques induits. Pour s'en

convaincre, il suffit de prendre connaissance [...] des conclusions de l'expert qui relève que nous nous trouvons en présence d'une dépendance à l'alcool de type secondaire. Le trouble anxieux est à l'origine de l'incapacité de travail actuelle. La fragilité psychique participe à l'incapacité de travail. Mais l'expert indique qu'avec une abstinence à l'alcool et la résolution des facteurs de stress socio-économique actuels une capacité de travail serait possible d'abord à 50% puis à 100% dans une activité non dangereuse. L'activité de soudeur serait possible après l'arrêt de l'alcoolisation et la fin des périodes d'incertitudes socio-économique actuelle[s] après une longue échéance.

Sur le vu de ce qui précède, refus de toutes prestations AI"

En date du 24 juin 2013, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations, considérant que l'incapacité de gain de l'intéressé était due avant tout à sa toxicodépendance et qu'il n'y avait pas d'invalidité au sens de la loi.

Dans une correspondance du 12 juillet 2013 à l'attention de l'OAI, le Dr A._____ a souligné que le problème psychologique de l'assuré était à l'origine de sa consommation d'alcool, consommation qui avait bien diminué et se trouvait sous contrôle. En outre, l'intéressé présentait des problèmes physiques l'empêchant de reprendre son travail pénible.

Par acte de son mandataire du 25 juillet 2013, l'assuré a fait opposition au projet de décision précité. Il a fait valoir en substance que son incapacité de gain n'était nullement due à sa toxicodépendance mais à des problèmes de dépression ainsi qu'à un trouble somatique ne lui permettant plus d'exercer son métier de soudeur. Il a considéré qu'il y avait dès lors lieu d'évaluer sa capacité de travail dans une autre activité et a requis la mise en œuvre d'une mesure de reconversion professionnelle ainsi qu'une expertise psychiatrique. A cette écriture étaient joints divers documents, dont un rapport du Dr A._____ du 14 mai 2013 diagnostiquant des cervicalgies irritatives C6 droites sur discopathie bombante C6-C7, un état anxio-dépressif avec status post tentamen médicamenteux en 2005 et 2006, un éthylyisme en décours, un tabagisme et un syndrome d'apnées du sommeil ; en outre, un certificat médical établi par ce même médecin le 8 juillet 2013 prononçait un arrêt

de travail complet de durée indéterminée dès le 1^{er} juillet 2013 « *comme s[ou]deur ou tout travail lourd (max. 10kg ponctuellement, sinon de manière répétiti[ve] max. 5kg)* ».

Le 22 août 2013, le Dr A._____ s'est à nouveau adressé à l'OAI, déclarant être surpris du refus de prestations de cet office au motif d'un simple problème éthylique et en se référant par ailleurs aux conclusions de l'expertise pratiquée par le Dr H._____ sur mandat de J._____.

Par décision du 12 septembre 2013, l'OAI a confirmé son projet du 24 juin 2013.

C. Agissant par l'entremise de son conseil, F._____ a recouru le 18 octobre 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme et à l'octroi d'une rente AI entière dès le 25 mai 2009, subsidiairement au réexamen du taux d'invalidité après nouvelle expertise et mise en œuvre de mesures de reconversion professionnelle en vue d'évaluer les capacités résiduelles de travail en cas d'abstinence à l'alcool et aux stupéfiants et en tenant compte des limitations physiques constatées par le Dr H._____. En substance, le recourant fait valoir que l'office intimé a mal interprété l'expertise du Dr C._____, dont il ressort que l'incapacité de travail est due à des troubles psychiques – soit un état dépressif et, surtout, un état anxieux – et que la dépendance à l'alcool ne constitue qu'une problématique secondaire. Il ajoute que l'OAI n'a de surcroît pas tenu compte de l'examen pratiqué par le Dr H._____, révélant des cervico-brachialgies droites irritatives et déficitaires ainsi qu'une discopathie latérale et foraminale droite C6-C7 à l'origine d'une incapacité de travail durable dans l'activité de soudeur. Cela étant, le recourant estime qu'il y a lieu de procéder à une expertise pluridisciplinaire neutre afin de déterminer la cause de l'incapacité de gain actuelle et les possibilités de réinsertion. Il demande également la mise en œuvre des mesures de réadaptation professionnelle telles qu'évoquées par le Dr Q._____ du SMR le 26 avril 2011.

En date du 22 octobre 2013, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 18 octobre 2013, et désigné son mandataire, Me Kathrin Gruber, en tant qu'avocat d'office.

Dans sa réponse du 6 janvier 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il relève en particulier avoir procédé à un nouvel examen de la situation du recourant et être arrivé à la conclusion que la capacité de travail de l'intéressé est nulle dans son ancienne profession mais entière dans une activité adaptée à ses limitations, cela tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique. L'OAI explique avoir de ce fait calculé le préjudice économique de l'assuré et être arrivé - après comparaison des revenus sans et avec invalidité de respectivement 68'822 fr. 20 et 56'178 fr. 02 - à un degré d'invalidité de 18,37%, arrondi à 18%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité ; cela étant, l'office précise être disposé à examiner la question d'une éventuelle aide au placement pour autant que le recourant y soit disposé. Selon une fiche intitulée « *REA - Calcul du salaire exigible* » du 16 décembre 2013 jointe à la détermination de l'intimé, il appert que le revenu sans invalidité a été arrêté sur la base d'informations fournies par l'ancien employeur de l'assuré le 10 décembre 2013. Quant au revenu avec invalidité, il a été calculé sur la base d'un revenu mensuel de 4'901 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2010 (TA 1, niveau de qualification 4) et compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2010 (41,7 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2012 (+ 1.00%, + 0.80%), et d'un abattement de 10% eu égard aux limitations fonctionnelles. Enfin, concernant les exemples d'activités adaptées, la fiche du 16 décembre 2013 se réfère à toute activité légère dans le domaine de la production et des services.

Par réplique du 3 février 2014, le recourant demande à ce que son droit à une aide au placement soit examiné sans délai et réitère sa requête visant à la mise en œuvre d'une expertise. Concernant le calcul du préjudice économique, il fait valoir que son âge - 50 ans - justifie de retenir un abattement de 25% sur le revenu d'invalidité. Il ajoute qu'il ne

peut pas travailler plus de 40 heures par semaine, durée usuelle du travail dans une activité légère dans le domaine de la production et des services, et qu'une expertise s'impose afin de définir le nombre d'heures de travail hebdomadaires exigible, étant précisé que ses troubles psychiques réduisent sa capacité de concentration. Cela étant, l'assuré soutient que l'intimé a arrêté son taux d'invalidité de manière arbitraire et qu'au vu des restrictions liées à son état de santé, il est « *fort probable* » que ce taux atteigne 40% et ouvre le droit à une rente.

Se déterminant le 24 février 2014, l'OAI maintient sa position. Il relève tout d'abord que l'aide au placement ne pourra intervenir qu'une fois que la capacité résiduelle de travail ne sera plus contestée. Quant aux griefs du recourant concernant le calcul du préjudice économique et, plus particulièrement, le taux d'abattement retenu, l'intimé estime qu'ils sont mal fondés. A cet égard, l'office relève que l'intéressé était âgé de 49 ans au moment de la décision litigieuse et qu'un tel âge n'est pas de nature à influencer négativement le revenu d'une activité lucrative, étant relevé que, selon la jurisprudence, le critère de l'âge n'a que peu de poids en présence du niveau de qualification 4, applicable en l'espèce. Par ailleurs, l'OAI souligne que les limitations fonctionnelles du recourant sont modestes et qu'un abattement de 10% a néanmoins été généreusement pratiqué sur le revenu d'invalidité, les difficultés somatiques de l'intéressé ayant ainsi abondamment été prises en considération dans l'évaluation du préjudice économique.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58

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 (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

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) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

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 (cf. 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins ; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente (cf. art. 28 LAI).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

c) 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 (cf. ATF 124 V 265 consid. 3c et la référence citée ; TF 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2 et TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 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 déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (cf. TF 9C_960/2009 précité, loc. cit., et TF 9C_395/2007 précité, loc. cit.).

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 (cf. TF 9C_395/2007 précité consid. 2.3 et les références citées).

L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. 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. TF 9C_395/2007 précité consid. 2.4 ; cf. TFA I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2.3).

4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et

rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1).

5. Se fondant sur l'expertise psychiatrique du Dr C._____, l'OAI a retenu, aux termes de la décision litigieuse, que l'assuré présentait une incapacité de gain due avant tout à sa toxicodépendance et que l'on ne pouvait dès lors admettre d'invalidité au sens de la loi. De son côté, le recourant a contesté cette analyse en faisant valoir que, d'une part, les conclusions du Dr C._____ - mal interprétées par l'office - permettaient de reconnaître l'existence de troubles psychiques incapacitants et que, d'autre part, l'intimé avait fait fi de l'expertise du Dr H._____ portant sur l'aspect somatique. Par la suite, à l'occasion de sa réponse du 6 janvier 2014, l'OAI a rectifié sa position en retenant que d'un point de vue tant somatique que psychique, l'intéressé n'était certes plus à même d'exercer sa profession habituelle de soudeur mais qu'il conservait en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Cela étant, il convient donc d'examiner si le recourant présente des atteintes à la santé tant psychique que physique susceptibles d'influer sur sa capacité de travail et de gain.

a) Il apparaît tout d'abord que les parties ne contestent pas les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr C._____ à proprement parler, mais qu'elles en tirent chacune une interprétation différente.

aa) Dans son rapport d'expertise du 2 janvier 2013, le Dr C._____ a retenu les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, avec syndrome de dépendance (depuis 2004), et de trouble anxieux sans précision (depuis 2011) ; il a par ailleurs mentionné un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (depuis 2004), dépourvu d'impact sur la capacité de travail. L'expert a dûment expliqué les raisons l'ayant conduit à retenir les diagnostics susdits. Concernant la dépendance à l'alcool, il a précisé qu'il s'agissait là d'une problématique secondaire, ayant lieu de manière délibérée pour faire face à un mal-être psychique ainsi que dans le contexte d'une fragilité constitutionnelle psychique (cf. rapport d'expertise du 2 janvier 2013 p. 14), et n'entraînant pas de séquelles psychiques incapacitantes mais accentuant la symptomatologie dépressive et anxieuse (cf. *ibid.* p. 15). Il a en outre exposé que les circonstances du cas particulier ne permettaient pas de retenir un trouble panique, mais que l'assuré présentait en revanche une anxiété suffisamment marquée pour conclure à un trouble anxieux sans précision, lié à des conditions de vie adverses mais également entretenu par la problématique alcoolique (cf. *ibid.* p. 16). Quant à l'humeur, l'expert a retenu qu'actuellement celle-ci n'était que légèrement déprimée et qu'il n'y avait notamment pas de réduction de l'énergie ou de diminution de l'élan vital (cf. *ibid.* p. 16).

En outre, le Dr C._____ a indiqué de manière détaillée et convaincante les motifs l'ayant amené à écarter les autres diagnostics retenus par ses confrères. En particulier, l'expert a expliqué que les différents critères permettant de conclure à un trouble de la personnalité n'étaient pas réalisés en l'espèce (cf. *ibid.* pp. 12 à 14), l'assuré présentant tout au plus une structuration constitutionnelle psychique précaire, avec une vulnérabilité à l'émergence d'une symptomatologie

dépressive, anxieuse et à l'abus de substances psycho-actives (cf. ibid. p. 14). Le Dr C._____ a également réfuté tout diagnostic en lien avec la prise de stupéfiants, l'intéressé ayant cessé d'en consommer, et a relevé qu'il n'y avait pas non plus d'arguments en faveur de séquelles persistantes en lien avec les toxicomanies passées (cf. ibid. p. 15). Ce médecin a de surcroît observé que l'on ne pouvait conclure à un trouble affectif bipolaire, l'assuré n'ayant présenté de tels symptômes que pendant les périodes de consommation de cocaïne associée à de l'alcool (cf. ibid. p. 15). Enfin, le Dr C._____ a expliqué qu'il n'y avait pas lieu de retenir un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention chez l'adulte, les critères requis en la matière n'étant pas réalisés (cf. ibid. p. 17).

Sur cette base, l'expert a retenu que le recourant présentait des limitations fonctionnelles psychiques sous forme d'angoisse, d'intolérance à la pression psychique et de fragilité - limitations accentuées par la problématique alcoolique et en cela incompatibles avec le métier de soudeur. Concernant l'évaluation de la capacité de travail, le Dr C._____ a indiqué que dans l'immédiat, l'état de l'assuré était trop instable pour pouvoir envisager l'exercice d'une activité. Il a néanmoins relevé qu'à long terme, le métier de soudeur pourrait être considéré après l'arrêt des alcoolisations et la fin de la période d'incertitudes socio-économiques actuelle, et que dans une activité adaptée, la fin des alcoolisations pourrait être suivie par la reprise d'une activité simple, itérative, non dangereuse, sans responsabilités étendues ni prises de décisions importantes, tout d'abord à 50% puis, après deux mois environ, à plein temps (cf. ibid. p. 17 s.) Sous l'angle de la réadaptation professionnelle, l'expert a confirmé que l'abstinence d'alcool était susceptible de permettre un amenuisement de la symptomatologie dépressive et surtout de la symptomatologie anxieuse ainsi que la récupération d'une capacité de travail, dans un premier temps, dans une activité adaptée et, en termes de longue échéance, en tant que soudeur possiblement (cf. ibid. p 19).

Rien n'incite à douter de l'appréciation du Dr C._____. En effet, les autres avis psychiatriques au dossier (cf. expertise psychiatrique

pénale du 27 février 2007 et avis des médecins de la Consultation de R. _____ des 4 juin 2009, 12 août 2009, 4 janvier 2011, 16 mars 2011, 6 juin 2011 et 15 décembre 2011) - soigneusement examinés par l'expert - ne contiennent aucun élément concret qui aurait échappé à l'analyse circonstanciée du Dr C. _____ et qui justifierait de s'en écarter, mais constituent tout au plus une appréciation différente de la situation du recourant. Le même constat s'impose en ce qui concerne les comptes-rendus du Dr A. _____ (cf. comptes-rendus des 14 mai, 12 juillet et 22 août 2013); on notera en particulier qu'en considérant que la consommation d'alcool de l'assuré était induite par la problématique psychique (cf. constats des 14 mai, 12 juillet et 22 août 2013), le médecin traitant a en définitive rejoint l'analyse de l'expert psychiatre qualifiant la dépendance à l'alcool de secondaire à des difficultés psychiques.

Dans ces conditions, on retiendra que le rapport d'expertise du Dr C. _____, qui comporte des conclusions claires et bien motivées relevant d'un examen approfondi du cas du recourant, satisfait en tous points aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (cf. consid. 4b supra).

bb) Sur la base de l'expertise du Dr C. _____, les parties ont chacune défendu une position différente. Ainsi, l'OAI a retenu que les troubles psychiques de l'assuré étaient induits par sa consommation d'alcool (cf. avis juriste du 21 juin 2013), respectivement que l'incapacité de gain était avant tout due à la toxico-dépendance (cf. projet de décision du 24 juin 2013 et décision du 12 septembre 2013), ce qui ne pouvait justifier l'octroi de prestations de l'AI. Quant au recourant, il a fait valoir que ses problèmes de boisson étaient dus à ses troubles dépressifs et - surtout - anxieux (cf. mémoire de recours du 18 octobre 2013).

A l'examen du rapport d'expertise du 2 janvier 2013, on constate que le Dr C. _____ a indiqué que l'assuré - dont les premiers contacts avec l'alcool remontaient à l'adolescence et s'étaient ensuite accrus lors du service militaire puis à nouveau dès 2004 - présentait une dépendance à l'alcool secondaire, en ce sens qu'il avait délibérément

recours à la boisson pour faire face à un mal-être psychique et un contexte de fragilité constitutionnelle psychique (cf. rapport d'expertise du 2 janvier 2013 p. 14). A elle seule, cette assertion ne constitue cependant pas encore un fondement suffisant pour conclure, sur le plan juridique, à une invalidité du chef d'une dépendance à l'alcool. En effet, pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, la jurisprudence exige 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 y contribue pour le moins dans des proportions considérables (cf. consid. 3c supra). Dans le cas particulier, le Dr C. _____ n'a toutefois retenu aucun diagnostic se répercutant sur la capacité de travail en lien avec le mal-être psychique ou la fragilité constitutionnelle psychique ayant amené à une consommation excessive d'alcool, difficultés qui n'ont du reste pas empêché l'intéressé de travailler par le passé. L'expert a en revanche fait mention d'un trouble anxieux incapacitant depuis 2011, lié aux conditions de vie adverses du recourant – soit un facteur extra-médical – et entretenu par la problématique alcoolique, cette dernière accentuant les limitations fonctionnelles constatées (cf. rapport d'expertise du 2 janvier 2013 pp. 12, 16 et 17). Il a plus précisément relevé que l'aptitude au travail était affectée par la symptomatologie anxieuse, la mauvaise structure constitutionnelle psychique (fragilité, dans le sens d'une réactivité aux stressors existentiels) ainsi que la problématique alcoolique, celle-ci amplifiant l'anxiété et l'intolérance au stress et contribuant indirectement à l'incapacité de travail (cf. ibid. p. 17 s.). Quand bien même l'expert a ainsi mis en évidence l'interaction entre les différents troubles constatés, on ne saurait pour autant conclure à une invalidité du fait de ces atteintes. En effet, le Dr C. _____ a explicitement indiqué que l'abstinence d'alcool – médicalement exigible, sous surveillance spécialisée – était susceptible de permettre non seulement un amincissement de la symptomatologie dépressive et surtout de la symptomatologie anxieuse, mais également la récupération d'une capacité de travail, dans un premier temps, dans une activité adaptée et, en termes de longue échéance, en tant que soudeur (cf. ibid. p. 17 et p. 19

let. C ch. 2.1 et 2.2). En ce sens, il ne résulte pas des conclusions du Dr C._____ que le trouble anxieux ou la fragilité psychique de l'assuré seraient tels qu'ils empêcheraient la reprise d'une activité adaptée ou, à terme, de l'activité habituelle. Il apparaît bien au contraire que, sous l'angle psychique, c'est la problématique alcoolique du recourant qui fait obstacle à la mise à profit d'une pleine capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Or, même s'il est indubitable que l'alcoolisme a conduit le recourant à une déchéance sociale prononcée, cet état ne saurait à ce stade être assimilé à une atteinte à la santé à caractère invalidant. Dans ces conditions, on ne peut tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré présente une atteinte à la santé psychique susceptible d'entraîner une invalidité.

En conséquence, on retiendra donc que l'intimé était fondé à se baser sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr C._____ du 2 janvier 2013 pour conclure à l'absence d'atteinte à la santé invalidante du registre psychiatrique.

b) Par ailleurs, il est constant que le Dr H._____, mandaté par l'assureur perte de gain J._____, a mis en évidence des troubles physiques.

aa) Dans son rapport d'expertise du 7 avril 2013, ce médecin a retenu que l'assuré - qui s'était trouvé en arrêt de travail dès le 12 juillet 2012 en raison de douleurs cervicales prolongées d'une douleur intéressant le membre supérieur droit, avec des paresthésies ressenties comme des fourmillements sur les mêmes territoires - présentait des cervico-brachialgies droites irritatives et déficitaires ainsi qu'une discopathie latérale et foraminale droite de C6-C7. L'expert a estimé que du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans la profession de soudeur au regard des contraintes de charge et des positions non ergonomiques impliquées par une telle activité. Le Dr H._____ a en revanche retenu que la capacité de travail demeurerait entière dans une activité adaptée, à savoir une activité permettant d'alterner les positions assise et debout aux heures et évitant les travaux

lourds, le port de charges de plus de 10 kg de manière ponctuelle et de 5 kg de manière répétitive, les mouvements répétitifs impliquant la nuque ainsi que la position statique prolongée au-delà d'une heure (cf. rapport d'expertise du 7 avril 2013 p. 6 s.).

bb) L'analyse du Dr H. _____ n'est contredite par aucune pièce du dossier. Son analyse s'accorde notamment avec les observations formulées par le radiologue I. _____ (cf. rapport du 3 août 2012) et le neuroradiologue P. _____ (cf. rapport du 22 août 2012). En outre, le fait que le radiologue M. _____ ait de son côté estimé que la symptomatologie du recourant touchait plutôt le niveau C5-C6 que C6-C7 n'a aucune incidence sur l'évaluation de la capacité de travail et de gain. Enfin, le Dr A. _____ s'est quant à lui contenté d'évoquer des troubles somatiques faisant obstacle à l'activité de soudeur ou à toute activité lourde (cf. constats des 14 mai, 8 juillet, 12 juillet et 22 août 2013), conformément à l'appréciation du Dr H. _____.

A cela s'ajoute que le rapport d'expertise du 7 avril 2013 expose en détail la situation sous l'angle somatique et en tire des conclusions claires et bien motivées. Il y a donc lieu de considérer que ce rapport satisfait aux exigences requises en matière de valeur probante (cf. consid. 4b supra).

Au reste, les conclusions du Dr H. _____ ne sont en aucun cas remises en question par le recourant. Quant à l'OAI, s'il s'est prononcé dans la décision entreprise en faisant abstraction de l'évaluation de cet expert, il a rectifié sa position à l'occasion de sa réponse du 6 janvier 2014, retenant que le recourant n'était plus à même d'exercer son métier de soudeur mais qu'il conservait en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Cela étant, il y a donc lieu de retenir, sur la base des conclusions de l'expertise du Dr H. _____, que la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle de soudeur mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

c) En définitive, il faut donc conclure que le recourant dispose d'une capacité de travail nulle dans l'activité de soudeur mais totale dans une activité adaptée. En ce sens, l'examen de l'intimé - tel que résultant de la réponse du 6 janvier 2014 - échappe donc à la critique.

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

6. Reste à déterminer le préjudice économique subi par le recourant du fait de ses atteintes à la santé.

a) Selon l'art. 16 LPGA, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 et ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; cf. TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] publiée par l'Office fédéral de la statistique (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; cf. TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; cf. TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3 et TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; cf. VSI 1999 p. 182).

Lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175 ; cf. Ueli Kieser, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht [ATSG], in : SBVR, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 25 p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouvent la personne

invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge ; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2 et ATF 126 V 75 consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25% (cf. notamment TF 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.5).

b) Comme l'a retenu l'OAI, l'année de comparaison des revenus est en l'espèce 2013, année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (cf. ATF 128 V 174 consid. 4a), soit un an après le début, en juillet 2012, de l'incapacité de travail durable due aux troubles somatiques du recourant (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI).

c) S'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI s'est fondé sur un montant de 68'822 fr. 20, que le recourant ne conteste pas.

d) En ce qui concerne le revenu d'invalide, l'intimé s'est basé à juste titre sur les salaires tels qu'ils ressortent de l'ESS 2010 faute de

disposer alors de résultats définitifs pour l'année 2012. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre en 2010 les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'901 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4).

Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2010 (41,6 heures [La Vie économique 6-2014, p. 84, tableau B9.2], et non 41,7 heures comme retenu par l'OAI), le salaire mensuel de 4'901 fr. évoqué ci-dessus représente un revenu d'invalide de 5'097 fr. 04 par mois (4'901 fr. x 41,6 : 40 heures), soit 61'164 fr. 48 par année. Cela étant, le recourant prétend qu'il n'est pas en mesure de réaliser un horaire de travail de 40 heures par semaine, comme il est d'usage dans une activité légère dans le domaine de la production et des services, et qu'il convient de procéder à une expertise pour déterminer le nombre d'heures de travail exigibles par semaine, eu égard notamment aux difficultés de concentration induites par ses troubles psychiques (cf. réplique du 3 février 2014). Ces griefs sont toutefois mal fondés, dès lors que l'instruction sur le plan médical a démontré que le recourant était à même de travailler à temps complet dans une activité adaptée et qu'il ne présentait en définitive aucune atteinte psychique susceptible d'être prise en considération par l'AI (cf. consid. 5a à c supra).

Il sied encore d'adapter le montant susdit de 61'164 fr. 48 à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2013 (+ 1.00% de 2010 à 2011 et + 0.80% de 2011 à 2012, étant précisé que l'indexation de 2012 à 2013 n'était pas connue lorsque l'intimé a statué), opération qui permet d'aboutir à un revenu annuel de 62'270 fr. 33.

A ce salaire, il convient encore d'appliquer un facteur de réduction, que l'intimé a fixé en l'espèce à 10% eu égard aux limitations fonctionnelles du recourant, déduction que l'intéressé estime insuffisante. L'assuré considère plus particulièrement qu'un abattement de 25% doit

être imputé sur le revenu d'invalidé dans la mesure où il est âgé de 50 et ne pourra que difficilement réintégrer le marché du travail (cf. réplique du 3 février 2014). Quoiqu'en dise le recourant, le critère de l'âge n'a que peu de poids en présence d'un niveau de qualification 4 selon l'ESS, dans la mesure où de telles catégories de travailleurs ne sont pas recherchées sur le marché du travail en fonction de leur âge et où leur salaire a tendance à augmenter jusqu'à l'âge de 65 ans, ce qui implique que les revenus réels perçus par les travailleurs les plus âgés dépassent les revenus hypothétiques définis par les statistiques (cf. TF 8C_373/2008 du 28 août 2008, consid. 5.2.2.2 et U 11/07 du 27 février 2008 consid. 8.4). En tout état de cause, il reste que le recourant était âgé de 49 ans au moment où la décision litigieuse a été rendue, ce qui ne correspond de loin pas à la limite d'âge à partir de laquelle le Tribunal fédéral admet qu'il peut être difficile pour un assuré de se réinsérer sur le marché du travail (cf. TF 9C_428/2010 du 10 mars 2011 consid. 2.2). Pour le reste, outre les limitations fonctionnelles du recourant, l'analyse du dossier ne révèle aucune autre circonstance personnelle ou professionnelle – au sens de la jurisprudence (cf. consid. 6a supra) – susceptible de contribuer à désavantager l'assuré au moment d'un éventuel engagement. Or, à la lumière des seules limitations fonctionnelles de l'intéressé, le taux d'abattement de 10 % retenu par l'administration n'est pas critiquable. Il n'existe dès lors aucun motif pertinent de s'en écarter.

Par conséquent, le revenu d'invalidé s'élève en définitive à 56'043 fr. 30.

e) Après comparaison du revenu d'invalidé (56'043 fr. 30) avec celui sans invalidité (68'822 fr. 20), il résulte une perte de gain de 12'778 fr. 90 correspondant à un degré d'invalidité de 18,57% (12'778 fr. 90 / 68'822 fr. 20 x 100). Conformément à la jurisprudence (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), ce taux doit être arrondi à 19% et s'avère ainsi inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité (cf. consid. 3a supra).

7. Le recourant estime en outre avoir droit à des mesures de reconversion professionnelle.

a) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 LAI.

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (cf. ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; cf. TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2 et 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4). Le droit à une mesure de réadaptation suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (cf. VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références).

b) Dans le cas particulier, le recourant présente un degré d'invalidité de 19% qui ne permet pas à lui seul d'exclure le droit à des mesures de reconversion professionnelle (cf. TFA I 645/04 du 26 septembre 2005 consid. 7.2 et la référence citée). Cela dit, quoi qu'en ait pensé le Dr Q._____ dans son avis SMR du 26 avril 2011, il ressort du rapport d'expertise du Dr C._____ - dont les conclusions sont pleinement probantes (cf. consid. 5a/aa supra) - que des mesures de réadaptation ne seront pas envisageables tant que persistera la problématique alcoolique du recourant (cf. rapport d'expertise du 2 janvier 2013 p. 19 let. C ch. 1), étant rappelé sur ce point qu'une abstinence à l'alcool définitive, contrôlée et documentée est médicalement exigible (cf. ibid. p. 19 let. C ch. 2.1). On relèvera du reste que l'abus d'alcool avait déjà contribué en 2011 à mettre en échec la prise en charge de l'assuré à la O._____ (cf. note d'entretien téléphonique du 11 mai 2011 et rapport des Drs N._____ et G._____ du 6 juin 2011). Or, en l'état du dossier, il n'est nullement démontré que l'intéressé serait désormais durablement abstinent. Tout au plus le rapport d'expertise du Dr H._____ évoque-t-il

une nouvelle prise en charge à la O._____ en vue d'une tentative de sevrage (cf. rapport d'expertise du 7 avril 2013 p. 3). Ce but n'avait toutefois manifestement pas été atteint le 12 juillet 2013, lorsque le Dr A._____ a évoqué - sans pour autant l'étayer d'une quelconque façon - une consommation d'alcool certes en baisse et sous contrôle, mais néanmoins toujours persistante. De telles circonstances plaident donc à l'encontre de la mise en œuvre de mesures de reconversion professionnelle. A cela s'ajoute que dans un marché du travail équilibré, le recourant dispose d'un éventail de postes suffisamment large et diversifié dans des activités adaptées à ses limitations et pour lesquelles une mise au courant suffit. Sur le vu de ce qui précède, des mesures professionnelles n'ont par conséquent pas lieu d'être.

Tout au plus relèvera-t-on qu'en ce qui concerne l'aide au placement, l'intimé a indiqué être disposé à la mise en œuvre d'une telle mesure pour autant que le recourant en fasse la demande.

8. a) En conclusion, le recours introduit le 18 octobre 2013 par F._____ doit être rejeté et la décision attaquée du 12 septembre 2013, rectifiée le 6 janvier 2014, confirmée.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral 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 du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). 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 n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Kathrin Gruber (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le 25 juin 2014, Me Gruber a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte du recourant. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à six heures au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 50 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 1'220 fr. 40 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours déposé le 18 octobre 2013 par F. _____ est rejeté.

- II. La décision rendue le 12 septembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, rectifiée le 6 janvier 2014, est confirmée.

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

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

- V. L'indemnité d'office de Me Gruber, conseil du recourant, est arrêtée à 1'220 fr. 40 (mille deux cent vingt francs et quarante centimes), débours et TVA compris.

- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Kathrin Gruber (pour le recourant),
- 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 :