

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 novembre 2015

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Monod et Pittet, assesseurs
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 8, 17 et 43 LPGA ; art. 8 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né en 1961, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employé de commerce obtenu en 1981. Il a occupé depuis lors différents emplois auprès de compagnies d'assurances en qualité de gestionnaire ou inspecteur de sinistres, ainsi que de conseiller à la clientèle.

Il a été employé par l'entreprise C. _____ de novembre 2001 à août 2004 avant d'émigrer à l'assurance-chômage.

B. En date du 3 avril 2007, l'assuré a formulé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), au motif d'une « dépression » qui serait survenue en 1991 et qui aurait entraîné une incapacité de travail dès septembre 2004.

Par pli du 24 mai 2007, confirmé le 5 août 2007, il a indiqué retirer sa requête et envisager de reprendre une activité lucrative, ce dont l'OAI a pris acte par communication du 15 août 2007.

C. L'assuré a déposé une seconde demande de prestations AI le 6 novembre 2007 que l'OAI a instruite en sollicitant un rapport auprès du Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Ce dernier a complété ce document le 20 décembre 2007, précisant assumer le suivi de l'assuré depuis le 27 avril 1999. Il a relaté les diagnostics de « décompensations anxio-dépressives réactionnelles à des difficultés professionnelles » depuis 2000 et d'une « personnalité limite et immature » depuis l'enfance. Il a précisé que son patient n'était « pas en mesure de gérer les conflits et les pressions à l'origine d'états anxieux compromettant sa stabilité professionnelle », tandis qu'il avait vécu des situations de mobbing sur son lieu de travail. Une activité d'employé de

commerce demeurerait exigible à 100% dans un cadre professionnel adapté, soit exempt de pression, surcharge et mobbing.

Consulté pour avis, le Service médical régional AI (ci-après : le SMR), sous la plume du Dr A._____, a considéré le 8 août 2008 que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé au sens de l'AI, faute de « pathologie stable sur la durée », la capacité de travail étant préservée dans son activité habituelle.

Fondé sur cette appréciation, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de prestations AI le 9 septembre 2008, dont la teneur a été reprise par décision du 20 octobre 2008, entrée en force.

D. Par dépôt du formulaire ad hoc le 14 juillet 2010, l'assuré a requis pour la troisième fois des prestations de l'AI, réitérant être affecté d'une « maladie psychique » depuis 1991 sous suite d'incapacité de travail dès le 1^{er} mai 2006.

Invité à rendre plausible une aggravation de sa situation depuis la décision du 20 octobre 2008 par correspondance de l'OAI du 19 juillet 2010, il n'a produit aucune pièce médicale nouvelle.

Dès lors, l'OAI a envisagé de refuser d'entrer en matière sur la troisième demande de l'assuré par projet de décision du 18 octobre 2010. Une décision en ce sens a été adressée à l'assuré le 1^{er} décembre 2010, laquelle n'a fait l'objet d'aucune contestation subséquente.

E. Le 15 juin 2012, l'assuré a formulé une quatrième demande de prestations auprès de l'OAI, mentionnant être affecté de « troubles psychiques » depuis 1991.

A la requête de l'OAI le priant de rendre plausible une modification des faits depuis sa précédente décision de refus, l'assuré a produit un rapport établi par le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 2 juillet 2012, ainsi qu'une attestation du Dr F._____,

également spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 30 mai 2012. Le Dr E. _____ a exposé avoir été consulté par l'assuré en août 2011 en raison d'un « état dépressif sévère » et avoir sollicité des investigations complémentaires qui avaient mis à jour un « trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDA-H) » depuis l'enfance se répercutant à l'âge adulte. Un traitement spécifique avait été mis en œuvre dont les effets s'avéraient satisfaisants sur la stabilité de l'humeur, l'anxiété, l'impulsivité, la concentration et les facultés relationnelles de son patient. Le Dr F. _____ confirmait pour sa part le diagnostic précité et les traitements préconisés, à savoir la prise de Concerta® et de Ritaline®.

Entrant en matière sur cette nouvelle demande de prestations de l'assuré, l'OAI a sollicité un rapport médical initial de la part du Dr E. _____, que ce dernier a complété le 10 décembre 2012. Ce praticien a réitéré le diagnostic de « TDA-H (F90.0) » en sus de celui de « trouble anxio-dépressif (F41.2) », présents depuis l'enfance. Il a signalé que son patient demeurait susceptible d'exercer une activité d'employé de commerce à 80% dans un cadre conciliant, compte tenu des difficultés consécutives à ses troubles, soit notamment l'immaturation, le manque de confiance en soi, l'impulsivité et l'anxiété. Il a en outre relevé que l'assuré avait participé à une mesure de réinsertion sous l'égide des organes de l'assurance-chômage, laquelle avait toutefois échoué en raison de « sa tension, son agitation, ainsi que son impulsivité ». Etaient enfin recommandées la mise en place d'une mesure de réinsertion en raison de la « déprogrammation » professionnelle de son patient.

Sur suggestion du SMR du 9 avril 2013, l'OAI a diligenté une expertise psychiatrique de l'assuré, dont le mandat a été confié au Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein du Centre I. _____, selon communication du 3 juin 2013.

F. L'expert a adressé son rapport à l'OAI en date du 4 juillet 2013, après avoir examiné l'assuré le 26 juin 2013, pris connaissance de son dossier et s'être entretenu avec son psychiatre traitant. Il a exclusivement retenu le diagnostic de « trouble de déficit d'attention et

hyperactivité (du type « inattention prédominante ») chez l'adulte, présent depuis l'enfance mais ayant une répercussion sur la capacité de travail depuis octobre 2011 ». Les éléments suivants étaient rapportés au titre de « status clinique » de l'assuré :

« [...] Le discours est cohérent, normo-débité, formellement bien construit, riche dans son contenu et plein de nuances. Il fait preuve d'un certain sens de l'humour, y compris par rapport à sa propre personne.

Tout au long de la séance, qui durera environ deux heures, l'assuré va se montrer collaborant. Il paraît néanmoins anxieux et consulte à plusieurs reprises un document dactylographié dans lequel il a noté les questions auxquelles l'expert doit répondre.

L'assuré est bien orienté aux quatre modes, c'est-à-dire, dans le temps, dans l'espace, quant à sa personne et à sa situation.

L'attention, la concentration, la compréhension et la mémoire sont grossièrement dans la norme. L'assuré signale toutefois souffrir d'un TDAH et prendre de la Ritaline et du Concerta.

[L'assuré] n'a pas montré de signes de fatigue lors de la séance.

Je n'ai pas jugé nécessaire de mesurer le QI de l'assuré, qui se situe certainement dans les limites de la norme (voire dans une moyenne supérieure).

En ce qui concerne le registre psychotique et au moment de l'entretien, l'assuré ne présente aucun trouble formel de la pensée sous la forme de clivages, barrages ou réponses à côté. Il n'y a pas de bizarreries au niveau du langage. Il n'y a pas d'idées délirantes simples ou systématisées. Il n'y a pas de troubles de la perception sous la forme d'hallucinations auditives, visuelles, olfactives ou cénesthésiques.

Pas d'idées interprétatives, simples ou délirantes. Pas d'idées de concernement, simples ou délirantes.

Concernant la lignée dépressive et au moment de l'entretien, [l'assuré] est euthymique. Il n'évoque pas de fluctuations majeures de l'humeur. Il n'y a pas de signe de ralentissement psychomoteur, pas d'aboulie, ni d'anhédonie évoquées par l'assuré. Il ne signale pas la présence de sentiments d'infériorité, de dévalorisation ou de découragement. Pas de sentiment de ruine, ni d'inutilité. Selon l'assuré, l'élan vital n'est pas perturbé. Pas d'idées noires, ni d'envie suicidaire. À ma connaissance, l'assuré n'a jamais fait de tentative de suicide. Il n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique. Selon l'assuré, le sommeil est préservé sous traitement de Xanax.

Il n'y a pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de fuites dans les idées. Pas de comportement manipulateur ni de contact familial avec l'expert.

[L'assuré] n'évoque pas la présence de signes de la lignée anxieuse ni d'épisodes d'exacerbation paroxystique. Il n'y a pas de signes parlant en faveur de claustrophobie, d'agoraphobie ou de phobie sociale. A ce propos il indique avoir souffert de crises d'angoisse sous forme d'attaques de panique jusqu'à l'âge de 35 ans. Il signale également avoir eu des difficultés dans les contacts sociaux, en particulier dans ses rapports avec les femmes.

Pas de signes de stress post-traumatique, pas de souvenirs envahissants (flashback), de rêves ni de cauchemars. Concernant les conduites alimentaires, il n'y a pas d'anorexie ni de boulimie.

Par rapport aux conduites d'addiction, l'assuré dit ne pas fumer. Il évoque une consommation épisodique mais excessive d'alcool (jusqu'à une bouteille de vin par jour, le soir, quand il est seul à la maison). Quand il est en compagnie de son ex-femme, il est abstinent. Il ne considère pas avoir un problème avec l'alcool.

Au cours de l'entretien, je n'ai pas pu mettre en évidence de signe ou de symptôme d'une dépendance aiguë ou chronique à l'alcool. L'assuré ne consomme pas de cannabis (il l'aurait fait durant son service militaire), d'héroïne, de cocaïne, ni des substances excitantes telles que les amphétamines ou l'ecstasy.

Concernant les activités journalières, l'assuré se lève vers 7h du matin et se couche aux environs de minuit. Il se décrit comme matinal. Il occupe ses journées à conduire sa voiture ou à aller au cinéma, activité qu'il affectionne tout particulièrement et qui lui procure du plaisir.

[...]

Au niveau social, il évoque de longues périodes chez son ancienne épouse. Il décrit ce fonctionnement comme fusionnel (nous ne pouvons pas être l'un sans l'autre). Il a peu d'amis mais sort parfois avec son épouse et d'autres couples. Il fréquente également le club alpin avec lequel il effectue des sorties. [...] »

L'expert a par ailleurs fait part de son appréciation du cas, libellée notamment en ces termes :

« Différents diagnostics psychiatriques ont été évoqués chez l'assuré : épisode dépressif sévère dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, trouble de déficit de l'attention-hyperactivité, personnalité limite et immature, trouble dépressif réactionnel.

L'assuré nie avoir souffert de « dépression » au cours de sa vie. Il n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique. Il signale que « son problème est plutôt l'anxiété », faisant allusion à des crises d'angoisse qu'il a eues jusqu'à l'âge de 35 ans, dont il se dit actuellement complètement guéri.

La clinique actuelle ne montre pas de signe ou de symptôme d'une maladie dépressive. Dans ce contexte (rappelons que l'assuré indique ne pas avoir souffert de dépression), nous ne pouvons pas retenir le diagnostic d'un épisode dépressif majeur ni d'un trouble dépressif récurrent. Les variations de l'humeur que le patient a pu présenter au cours de sa vie doivent donc s'inscrire dans le cadre de réactions émotionnelles à des événements de stress en lien avec sa personnalité.

[...]

La personnalité ne devient pathologique que lorsqu'elle se rigidifie, entraînant des réponses inadaptées, source d'une souffrance ressentie par le sujet ou d'une altération significative du fonctionnement social ; on parle alors de trouble de la personnalité.

[L'assuré] ne remplit pas les critères en faveur d'un trouble de la personnalité. Certes, on note chez lui des traits de personnalité immature, anxieuse et impulsive. Il n'y a pas de handicap relationnel ou social en lien avec ces traits de personnalité (que l'assuré lui-même décrit comme s'étant améliorés au fil des années). Ce mode global de fonctionnement de [l'assuré] s'inscrit dans le large spectre de la normalité.

[...]

Le diagnostic de trouble déficit d'attention-hyperactivité est bien établi chez l'assuré. Il bénéficie d'un traitement adéquat avec une réponse partielle (impatience, difficulté organisationnelle, faible tolérance au stress).

Compte tenu de ce qui précède, après examen clinique et étude du dossier OAI, le diagnostic retenu est celui d'un trouble déficit d'attention-hyperactivité sans répercussion quantitative sur la capacité de travail mais avec impact sur le rendement/qualité du travail (diminution de 20%). »

S'agissant des limitations fonctionnelles retenues au plan psychique et mental, l'expert a énuméré « impatience, précipitation, difficulté organisationnelle et faible tolérance au stress et aux contraintes sociales ». Il a néanmoins conclu à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle, sous réserve d'une baisse de rendement de 20% depuis octobre 2011. Cela étant, il a recommandé l'organisation de « mesures de placement » qualifiées de « nécessaires » et comprenant une reprise d'activité « avec un taux initial de 50% à augmenter progressivement sur une période de six mois ».

L'assuré a été en mesure de se déterminer sur le rapport d'expertise du Dr H. _____ et a fait part de ses commentaires le 27 juillet 2013, soulignant notamment ne jamais avoir consommé de drogues.

Sur questions complémentaires posées dans l'intervalle par le SMR, le Dr H. _____ a adressé les réponses suivantes à l'OAI le 3 février 2014 :

« [...] 1. Sur quels éléments objectifs médicaux se fonde le diagnostic de trouble déficit de l'attention et hyperactivité retenu ? Des tests neuropsychologiques ont-ils été réalisés pour confirmer notamment le déficit d'attention et ses conséquences ?

Le diagnostic a été posé sur la base de l'observation clinique et de l'anamnèse. Il est congruent avec le diagnostic des Drs E. _____ et F. _____ (ce dernier étant intervenu en tant que médecin externe afin de clarifier le diagnostic).

Des tests neuropsychologiques n'ont pas été effectués pour confirmer le TDAH et ses conséquences, car ils n'ont pas de valeur diagnostique pour le TDAH. Ils peuvent certes être utiles pour déterminer son impact fonctionnel. De plus, il n'existe pas, à ma connaissance, de tests diagnostiques validés en français pour le diagnostic du TDAH chez l'adulte. Je me suis toutefois basé lors de l'entretien clinique sur [...] les difficultés d'organisation, la procrastination, l'impatience et l'impulsivité. Le fait que, dans

l'évaluation clinique, on ne note pas de troubles « grossièrement observables » ne me paraît pas en opposition avec le diagnostic.

2. Enfin, vous estimez que ce trouble occasionne une baisse de rendement de 20% depuis octobre 2011 dans l'activité d'employé de commerce.

Y-a-t-il une aggravation objective de l'état de santé de l'assuré à cette date qui est responsable de cette soudaine baisse de rendement ? Si oui, merci de préciser laquelle, ceci d'autant plus que votre status clinique ne montre ni difficultés d'attention, ni de concentration, chez un assuré qui bénéficie d'un traitement médicamenteux adapté à son trouble.

J'ai choisi la date du mois d'octobre 2011 car coïncidant avec le dernier rapport de travail de [l'assuré]. De manière générale, l'état de santé de ce dernier ne me paraît pas compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle pour les raisons décrites au point 1 (difficultés d'organisation, procrastination, impatience et impulsivité). Il est à signaler que s'il a pu garder son dernier emploi, c'est vraisemblablement parce qu'il était placé par le chômage dans une instance publique avec un niveau d'exigence bas, qui faisait plus office de travail protégé. Il nous a paru toutefois incongru de considérer qu'il n'était pas apte alors qu'il touchait un salaire. [...] »

Compte tenu de ces éléments, la Dresse G._____, médecin au SMR, s'est exprimée dans un avis du 25 février 2014, considérant qu'il n'y avait « pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise psychiatrique. L'assuré posséd[ait] une pleine CT [réd. : capacité de travail] dans son activité habituelle avec, tout au plus, une diminution de rendement de 20% en raison de son trouble de déficit d'attention et hyperactivité. »

Par projet de décision du 7 avril 2014, l'OAI a envisagé de nier à l'assuré le droit à un reclassement et à une rente d'invalidité, au vu de la capacité de travail retenue par le SMR, suite à la lecture des conclusions du Dr H._____.

L'assuré a contesté ce projet par correspondance du 15 avril 2014, se prévalant du but des mesures de réinsertion, lesquelles s'avéraient à son sens parfaitement adaptées à sa situation. Il a étayé ses griefs le 1^{er} mai 2014 relevant que la Dresse G._____ n'avait pas pris en compte l'avis du Dr H._____, contenu dans son complément du 3 février 2014, relativement au défaut de compatibilité de son état de santé avec

l'exercice d'une activité professionnelle. Il a conclu à de plus amples investigations de sa situation.

L'OAI a rendu sa décision le 18 juin 2014 et repris les termes de son projet de décision du 7 avril 2014, tout en considérant que l'assuré n'avait fait état d'aucun élément nouveau, susceptible de mettre en doute son appréciation.

G. L'assuré, représenté par Me Jean-Michel Duc, a déféré la décision du 18 juin 2014 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 20 août 2014, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100%, subsidiairement à la reconnaissance de son droit à un reclassement professionnel. Il a relevé qu'à son sens des contradictions et imprécisions ressortaient de l'expertise du Dr H._____, notamment en lien avec sa capacité de travail, puisque l'expert préconisait des mesures de réinsertion à 50% tout en mentionnant une incompatibilité à l'exercice d'une activité professionnelle hors d'un cadre protégé. Par ailleurs, l'expert n'avait pas expliqué les raisons pour lesquelles le diagnostic de TDA-H n'avait influé sur sa capacité de travail qu'à partir de l'âge de 50 ans. Etaient également contestée l'absence de diagnostic du registre dépressif. Il a enfin sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 22 août 2014, la juge instructrice a accordé à l'assuré l'assistance judiciaire avec effet dès le 20 août 2014, en l'exonérant du paiement d'avances et de frais de justice, ainsi qu'en désignant Me Duc en qualité d'avocat d'office.

Par écriture complémentaire du 11 septembre 2014, le recourant a fait parvenir à la Cour de céans deux rapports afférents à un séjour et des activités déployées au sein de la Fondation L._____, lesquels relataient à son avis ses difficultés à travailler dans un cadre protégé. Le premier bilan résidentiel, daté du

19 mai 2014, contient les remarques suivantes, émanant du Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie :

« Dr P._____ : Il tient à clarifier que si son patient est venu [à la Fondation] L._____ c'est parce qu'il a besoin d'aide pour un problème d'alcool. Il est important de différencier le THADA de la consommation d'alcool. Il relève que selon lui l'AI n'a pas tenu compte du rapport du Dr E._____ qui précisait que le taux d'occupation était de 80% dans un milieu adapté. En effet, ce dernier terme semble ne pas avoir été pris en compte. D'autre part, il constate que [l'assuré] mobilise des compétences qui lui permettent, dans un cadre protégé, d'avancer. Que pourrait-il retenir de ce cadre après son séjour [à la Fondation] L._____ ? Le Dr P._____ précise que l'on peut être hyperactif et ne pas consommer d'alcool. Il informe qu'il a des doutes quant au diagnostic de THADA, raison pour laquelle il modifie le traitement, modifications qui seraient impossibles en ambulatoire. »

Le second bilan du 9 juillet 2014 a mis en évidence les propos du praticien précité comme suit :

« Dr P._____ : Cela fait cinq mois qu'il suit [l'assuré]. Il prend note que [l'assuré] est arrivé à la conclusion de ne pas avoir besoin d'alcool, grâce à son sevrage chez R._____ [réd. : Unité R._____ du Service d'alcoologie du Centre hospitalier S._____] les avertissements et les bonnes stratégies pendant sa convalescence bénéfique [à la Fondation] L._____. Il apprend également que [l'assuré] a arrêté l'antabuse il y a une semaine. Le Dr P._____ partage son optimisme, mais reste plus réservé à la problématique de rechute à l'alcool. Il est important de ne pas oublier que c'est une maladie difficile, il faut donc garder des structures et voir comment prévenir la rechute. Si l'alcool revient, ça va mettre à mal la suite de ses projets. Le Dr P._____ soulève que la première étape de ne pas vouloir consommer est acquise. »

L'intimé a produit sa réponse au recours le 23 septembre 2014, en proposant le rejet. Il a souligné les avis à son sens concordants des Drs E._____ et H._____ en termes de capacité de travail, à savoir 80% dans l'activité habituelle sous réserve d'un cadre conciliant, estimant que le marché équilibré du travail offrait des activités respectant les restrictions observées auprès de l'assuré. Il a par ailleurs sollicité la production du certificat de travail établi des suites de l'activité exercée par l'intermédiaire de l'assurance-chômage d'avril 2011 à septembre 2011.

A l'occasion de sa réplique du 6 novembre 2014, l'assuré a fourni ledit certificat, rédigé le 14 octobre 2011, lequel a énuméré les

activités effectuées par le recourant à la satisfaction de son employeur. L'assuré a souligné que ce document ne reflétait pas les difficultés rencontrées à ce poste, tout en soulignant avoir également débuté une activité d'huissier en 2012 avec l'aide de l'assurance-chômage. Il avait toutefois dû interrompre celle-ci après 15 jours du fait d'une aggravation de son état de santé psychique. Il a proposé que fussent produits les dossiers constitués par les organes de l'assurance-chômage et de l'assistance sociale.

L'OAI s'est déterminé le 25 novembre 2014, proposant derechef le rejet du recours, non sans rappeler que l'assuré avait pu exercer une activité lucrative sur une période non négligeable de six mois et effectuer des tâches conséquentes dans ce contexte. En outre, l'intimé a mis en exergue les doutes évoqués par le Dr P. _____ quant au diagnostic de TDA-H.

Par écriture du 6 janvier 2015, le recourant a notamment suggéré la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique au vu des échecs observés à la reprise d'une activité lucrative et d'une aggravation de son état de santé psychique.

A la même date, la juge instructrice a questionné le Dr P. _____ quant à ses doutes diagnostiques et les modifications apportées au traitement de l'assuré.

Ce spécialiste a répondu le 12 janvier 2015, énumérant les diagnostics suivants dans le cas de son patient :

« Syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent sous traitement médicamenteux (F10.22).
Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger.
Trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité.
Mésusage de Ritaline.
Insulino-résistance.
Hernie hiatale.
Status post-fracture ouverte tibia et péroné droits. »

Il a notamment précisé ce qui suit :

« [...] Mes doutes émis en ce qui concerne le THADA sont liés aux aspects de l'intensité de cette maladie et du mésusage de la Ritaline et du Concerta (abus de substance). Dans ce contexte, j'ai introduit d'autres médicaments capables peut-être d'aider un peu mieux ce patient dans la gestion de ses difficultés. [...] »

L'OAI a eu l'opportunité de se prononcer sur les réponses du Dr P._____ le 9 février 2015, leur signification lui apparaissant peu claire. Il a néanmoins mis en exergue l'abus de substance relevé par ce praticien susceptible d'engendrer des effets secondaires importants, s'interrogeant en conséquence sur les difficultés professionnelles effectives de l'assuré. L'intimé a au surplus maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.

Le 26 mai 2015, le recourant a rappelé que le diagnostic de TDA-H avait été établi à son sens à satisfaction et estimé qu'au vu de l'aggravation alléguée de son état de santé psychique, l'instruction de son cas s'avérait incomplète. Il s'est référé à ses précédentes écritures.

L'intimé a indiqué ne pas avoir de commentaire supplémentaire à formuler le 29 juin 2015, tout en rappelant l'activité exercée par le recourant sur une durée de six mois et l'impact potentiel d'un abus de substance.

En date du 9 septembre 2015, Me Duc a fourni la liste détaillée de ses activités suite à la requête en ce sens du 4 septembre 2015.

La cause a été au surplus gardée à juger.

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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant 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.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

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 LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; 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) In casu, le recours formé le 20 août 2014 contre la décision de l'OAI du 18 juin 2014 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont été par ailleurs respectées. Le recours peut en conséquence être qualifié de recevable de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. Est litigieux dans le cas particulier le droit de l'assuré à des prestations AI au motif d'atteintes à la santé psychique.

Cette querelle s'inscrit dans le contexte d'une quatrième requête de prestations, formulée le 15 juin 2012 par le recourant auprès de l'OAI, consécutivement à une décision antérieure niant la réalisation des éléments constitutifs d'une invalidité, datée du 20 octobre 2008, et à une décision de refus d'entrer en matière du 1^{er} décembre 2010.

Vu ces éléments, il s'agira en premier lieu de rappeler les principes régissant le réexamen des décisions entrées en force, puis dans un second temps d'examiner si les pièces médicales versées au dossier suite à l'entrée en matière de l'OAI sur la nouvelle demande de prestations du 15 juin 2012 permettent de se prononcer sur les droit litigieux.

3. a) En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues.

Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force (ATF 135 V 215).

Tout d'abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA. Par ailleurs, lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent, après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de changement de jurisprudence), une

réduction ou une suppression de prestations en cours ou l'octroi de nouvelles prestations peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts ou de dispositions transitoires particulières (ATF 135 V 215 consid. 4).

b) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012]), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

c) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2b ; TF [Tribunal fédéral] 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

d) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant éventuellement modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid.

2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement à la décision entreprise doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4).

e) Il convient dans le cas présent de déterminer si une aggravation de l'état de santé du recourant, rendue plausible par la production du rapport du Dr E. _____ du 2 juillet 2012 et de l'attestation du Dr E. _____ du 30 mai 2012, est effectivement intervenue depuis la précédente décision au fond, soit celle de refus de prestations du 20 octobre 2008.

On examinera en particulier dans ce contexte la teneur du rapport d'expertise du Dr H. _____ du 4 juillet 2013 et de son complément du 3 février 2014, ce à la lumière de la jurisprudence fédérale relative à la valeur probante des pièces médicales.

Il s'agira également de déterminer si les nouvelles pièces produites par le recourant en procédure de recours, soit les rapports de la Fondation L. _____, et si les explications fournies le 12 janvier 2015 par le Dr P. _____ à la demande de la juge instructrice ont lieu d'être prises en considération pour statuer sur le bien-fondé éventuel de la décision de l'OAI du 18 juin 2014.

Le litige est en effet circonscrit matériellement et temporellement par la décision précitée, qui a nié le droit de l'assuré aussi bien à une rente AI qu'à une mesure de reclassement professionnel, en considérant sur la base des conclusions du SMR que le recourant était doté d'une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle d'employé de commerce, sous suite d'une baisse de rendement limitée à 20%.

4. Il y a lieu, avant d'examiner plus avant ces questions, de rappeler les dispositions légales relatives à l'invalidité, ainsi que la

jurisprudence rendue en matière de troubles psychiques et de dépendances.

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré

d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique malade - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

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 sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

De jurisprudence fédérale constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a

valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c et référence citée ; TF 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2 ; 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 ; TFA I 758/01 du 5 novembre 2002 consid. 1.1).

On ajoutera que 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 (TF 9C_706/2012 du 1^{er} juillet 2013 consid. 3.2). Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. TFA I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et références citées ; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 ; 8C_356/2012 du 11 février 2013 et références citées).

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 conclut à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4). Lorsqu'une toxicodépendance n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la

santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, on emploie parfois la terminologie d'affection « primaire », qui n'est pas constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale (TF 9C_219/2007 du 3 avril 2008).

5. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens

complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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

b) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

6. a) In casu, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique le 26 juin 2013 auprès du Dr H. _____ dans le contexte du mandat d'expertise confié à ce dernier par l'intimé.

Le Dr H. _____ a disposé de l'ensemble des pièces médicales du dossier constitué par l'OAI et s'est entretenu avec le psychiatre traitant de _____ l'assuré, _____ le Dr E. _____. L'expert n'a cela étant procédé à aucun test pour se prononcer sur les diagnostics évoqués dans le cas du recourant, soit essentiellement ceux de « trouble dépressif récurrent » ou de « TDA-H », expliquant que pour ce diagnostic-ci chez l'adulte, il n'existait pas de questionnaire en langue française (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2013 et complément du 3 février 2014, réponse à la question 1 de l'OAI).

L'expert a en définitive fourni ses conclusions en termes diagnostiques en retenant celui de « TDA-H » sur la base de son observation au cours de l'unique entretien du 26 juin 2013 et s'est pour l'essentiel calqué sur les éléments communiqués en son temps par le Dr E. _____ à l'OAI.

Est cela étant relevée une « consommation épisodique mais excessive d'alcool » sur la base des déclarations de l'assuré sans que l'expert n'eût jugé utile de procéder à de plus amples investigations à cet égard, comme par exemple la passation de tests sanguins. Le Dr H. _____ s'est en effet limité à reprendre les propos du recourant selon lesquels « il consid[érait] ne pas avoir un problème avec l'alcool » (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2013 p. 6).

Si on peut d'emblée douter de l'exhaustivité des examens utiles dans le cas particulier vu les éléments ci-dessus, le rapport d'expertise du Dr H. _____ doit de toute façon se voir nier quelque valeur probante au vu des contradictions contenues dans les conclusions communiquées par ce praticien. En effet, à la lecture du rapport d'expertise du 4 juillet 2013, on peut déduire dans un premier temps que l'assuré serait doté d'une capacité de travail entière dans son activité

habituelle d'employé de commerce, l'expert excluant expressément toute « répercussion quantitative » du diagnostic de TDA-H sur dite capacité. Seule une baisse de rendement de 20% ou un impact sur la qualité du travail dans cette même mesure pourrait être reconnu. Les limitations fonctionnelles du recourant seraient celles liées à son « impatience, précipitation, difficulté organisationnelle et faible tolérance au stress et aux contraintes sociales ». Néanmoins, dans le même temps, l'expert a préconisé la mise en place de mesures professionnelles avec « une reprise progressive de l'activité avec un taux initial de 50% à augmenter progressivement sur une période de six mois » (cf. rapport d'expertise du 4 juillet 2013 p. 9 et 10).

En outre, ces observations n'ont pas du tout été reprises aux termes du complément d'expertise du 3 février 2014 où le Dr H. _____ a expressément estimé que « l'état de santé de [l'assuré] ne lui para[issait] pas compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle » compte tenu de ses limitations fonctionnelles (cf. complément du 3 février 2014, réponse à la question 2).

Il n'est dès lors pas possible de se prononcer clairement sur la capacité de travail effective du recourant, en se fondant sur les rapports communiqués par le Dr H. _____.

b) Le recourant a par ailleurs produit les bilans de la Fondation L. _____ des 19 mai 2014 et 9 juillet 2014 à l'appui de sa contestation, tandis que son nouveau psychiatre traitant, le Dr P. _____, a été sollicité par la juge instructrice au vu des doutes exprimés par ce dernier quant au diagnostic de TDA-H.

Si ces documents sont certes pour la plupart postérieurs à la date de la décision litigieuse, il n'en demeure pas moins qu'ils apportent des éléments dont on ne peut exclure l'influence sur l'état de santé de l'assuré au moment de l'émission de ladite décision.

En effet, l'intégration du recourant au sein de la Fondation L._____ fait suite à une consommation excessive d'alcool, au demeurant avouée précédemment au Dr H._____, sans que l'expert n'eût examiné plus avant cette question. La survenance forcément antérieure à la décision litigieuse, les causes et les effets de cette éventuelle dépendance ne sont cependant aucunement précisés de sorte qu'il n'est pas possible de déterminer si des conséquences durables de cette problématique doivent être prises en compte en termes de capacité de travail.

Le bref rapport du Dr P._____ du 12 janvier 2015 ne permet pas de tirer de nouvelles conclusions à cet égard, dans la mesure où ce psychiatre s'est limité à retenir le diagnostic d'une « dépendance à l'alcool » sans autres précisions. Il a cela étant ajouté pour sa part notamment les diagnostics de « trouble dépressif récurrent » et de « mésusage de Ritaline » sans les développer plus avant.

Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas possible à ce stade de déterminer précisément de quelles affections est atteint l'assuré, si le recourant souffre ou non d'alcoolisme et si cette possible affection remplit les conditions posées par la jurisprudence fédérale citée supra sous considérant 4c pour se voir élevée au rang d'atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité.

7. Etant donné les carences dont souffre le dossier de la cause sur le plan médical, il n'est pas possible en l'état de statuer sur une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 20 octobre 2008, un complément d'instruction devant incontestablement être mené à bien au préalable.

a) 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 LPG). 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 œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) 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 (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGa).

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 (ATF 122 V 157 consid. 1d). 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).

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 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).

c) En l'espèce, il ne fait pas de doute qu'il incombait à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation médicale du recourant. Singulièrement, il lui appartenait de compléter le volet psychiatrique de la situation au vu des conclusions divergentes de l'expert mandaté par ses soins, le Dr H._____. Il s'imposait en effet à tout le moins de solliciter une nouvelle fois l'expert en le confrontant à ses contradictions et en requérant toutes explications utiles, indispensables à la détermination de la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Il aurait éventuellement été judicieux de mandater un nouvel expert afin de dissiper les doutes subsistant suite aux conclusions communiquées par le Dr H._____.

Le renvoi à l'intimé se justifie dès lors conformément à la jurisprudence fédérale mentionnée ci-avant, sans que l'on puisse toutefois lui reprocher de ne pas avoir investigué plus avant la question de l'éventuelle dépendance à l'alcool de l'assuré, avancée au stade de la présente procédure.

L'OAI se devra en conséquence de conduire une instruction complémentaire de la situation psychiatrique de l'assuré. Cette instruction comprendra de nouvelles investigations cliniques, une analyse exhaustive de l'ensemble des avis médicaux à disposition et, si nécessaire, la sollicitation de renseignements auprès des spécialistes, médecins ou intervenants sociaux en charge du recourant.

Il s'agira dans ce contexte de fixer précisément les diagnostics affectant effectivement le recourant, y inclus de possibles dépendances, et leur survenance, ainsi que de se prononcer sur leur impact éventuel en termes de capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité

adaptée. Ce n'est qu'à l'issue de ce complément que pourra être déterminé si un motif de réexamen de la situation du recourant, qui serait survenu depuis le 20 octobre 2008, est ou non avéré en l'occurrence.

8. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, partiellement bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

d) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc à compter du 20 août 2014 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Duc a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de son mandant en date du 9 septembre 2015. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès, l'avocat précité ayant fait état de vingt heures et cinq minutes déployées du 13 juin 2014 au 9 septembre 2015, tant par lui-même que par l'un de ses collaborateurs.

Cela étant, on observe que la liste d'activités en question fait mention de démarches effectuées à une date antérieure à la réception de la décision litigieuse, qu'il y a donc lieu de retrancher des activités entrant

dans le cadre de la présente procédure. On admettra en conséquence les honoraires comptabilisés à compter du 24 juin 2014.

S'agissant du nombre d'heures consacré à l'écriture du recours en soi, totalisant près de dix heures, il convient de les réduire d'environ trois heures, la spécificité du cas ne requérant pas a priori plus d'une journée de travail. En outre, cette réduction permet aussi de retrancher le temps consacré à double par Me Duc et son collaborateur à des opérations similaires.

Par ailleurs, il y a lieu de retirer le temps comptabilisé à double pour une entrevue avec l'assuré datée du 10 septembre 2014.

De même, des correspondances et des échanges téléphoniques avec des médecins, mentionnés à partir de mars 2015, dont les rapports ou avis n'ont pas été produits auprès de la Cour de céans, n'ont pas à être pris en considération au titre de l'assistance judiciaire.

L'activité de Me Duc doit en définitive être arrêtée à quinze heures au tarif horaire de 180 fr. (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 des débours réduits à 100 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 3'024 fr. pour l'ensemble de l'activité assumée dans la présente cause.

Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'OAI, de sorte que le solde à hauteur de 1'024 fr. est provisoirement supporté par le canton, ce dernier étant subrogé à concurrence de ce montant (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable par renvoi).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 1'024 fr. dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et

législatif d'en fixer les modalités
(cf. art. 5 RAJ), la subrogation étant réservée.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 18 juin 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction avant nouvelle décision, dans le sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil du recourant, est arrêtée à 3'024 fr. (trois mille vingt-quatre francs), débours et TVA compris.
- VI. Le montant de 1'024 fr. (mille vingt-quatre francs), non couvert par les dépens alloués, est provisoirement supporté par le canton, la subrogation de l'État de Vaud demeurant réservée.
- VII. 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 du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Jean-Michel Duc, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :