

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 octobre 2017

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Feusi et Mme Silva, assesseuses
Greffière : Mme Kuburas

Cause pendante entre :

X. _____ **CAISSE DE PENSION**, à [...], recourante,

et

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

et

F. _____, à [...], appelé en cause.

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Le 25 janvier 2012, F._____ (ci-après : l'assuré), né en [...], titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de sommelier, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) faisant état d'une crise d'épilepsie générale survenue le 30 juin 2011 à la suite d'un accident.

Dans un rapport initial LAA du 27 septembre 2011, le DrW._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a indiqué que l'assuré avait chuté à vélo le 30 juin 2011 et qu'il souffrait d'épilepsie.

Par décision du 13 janvier 2012, D._____, assureur-accidents, a nié tout lien de causalité naturelle entre l'atteinte à la santé de l'assuré, à savoir l'épilepsie, et l'événement survenu le 30 juin 2011, soit une chute à vélo et un choc à la tête à la suite de cette chute.

Le 2 février 2012, les Drs T._____, médecin, et K._____, spécialiste en médecine interne générale à l'Hôpital L._____ sis à [...], ont adressé au Dr W._____ un rapport ensuite d'une hospitalisation de l'assuré aux soins intensifs du 12 au 13 janvier 2012, puis dans le service de médecine du 13 au 14 janvier 2012, pour une crise d'épilepsie avec état de mal. Ces deux médecins ont posé le diagnostic principal de crise d'épilepsie tonique avec menaces d'état de mal épileptique sur consommation d'éthanol, et les diagnostics secondaires de status post multiples hospitalisations pour crises d'épilepsie avec état de mal épileptique ou menace de mal épileptique sur éthyliation aiguë et non compliance médicamenteuse, éthyliisme chronique et troubles psychiatriques d'origine indéterminée.

Dans un rapport du 10 avril 2012 adressé à l'OAI, le Dr W._____ a posé le diagnostic de crises d'épilepsie à répétition. A cet égard, il a indiqué que le pronostic était réservé et qu'une mesure de placement à des fins d'assistance (ci-après : PLAFa) était en cours. Il a

attesté une incapacité de travail totale du 30 juin 2011 au 30 avril 2012 et de 50 % dès le 1^{er} mai 2012. Il a précisé qu'une activité professionnelle était exigible en dehors du domaine de la restauration et de l'hôtellerie. Il a en outre produit les rapports suivants :

- un rapport du 25 juillet 2011 des Drs T._____ et M._____, spécialiste en médecine interne générale et néphrologie, posant le diagnostic principal de crise d'épilepsie ensuite d'une hospitalisation de l'assuré dans le service des soins intensifs de l'Hôpital L._____ du 3 au 4 juillet 2011, puis dans le service de médecine jusqu'au 5 juillet 2011 pour une crise d'épilepsie,
- un rapport du 25 juillet 2011 du Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale, et de la Dresse P._____, médecin, posant le diagnostic principal de crise d'épilepsie ensuite d'une hospitalisation de l'assuré aux soins intensifs de l'Hôpital L._____ du 14 au 15 juillet 2011 et du 16 au 18 juillet 2011 en raison d'une crise d'épilepsie,
- un rapport du 11 août 2011 du Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, et du Dr T._____, posant le diagnostic principal de crise d'épilepsie généralisée tonique sur consommation d'alcool ensuite d'une hospitalisation de l'assuré à l'Hôpital L._____ du 28 au 31 juillet 2011 pour une crise d'épilepsie,
- un rapport du 1^{er} septembre 2011 des Drs K._____ et U._____, médecin, posant le diagnostic principal de menace d'état de mal épileptique de type tonique dans un contexte de consommation d'alcool aiguë ensuite d'une hospitalisation de l'assuré dans le service des soins intensifs de l'Hôpital L._____ du 26 au 31 août 2011 en raison d'une crise d'épilepsie,
- un rapport du 14 mars 2012 des Drs G._____ et U._____, posant le diagnostic principal de menace d'état de mal épileptique sur alcoolisation aiguë ensuite d'une

hospitalisation de l'assuré dans l'unité des soins intensifs de l'Hôpital L. _____ du 9 au 10 février 2012 pour une crise d'épilepsie.

La Dresse H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à la Fondation de S. _____, a adressé à l'OAI son rapport du 31 janvier 2013, aux termes duquel elle a indiqué suivre l'assuré dans le cadre d'un traitement ambulatoire depuis le 13 juillet 2010. Elle a posé comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles spécifiques de la personnalité (status séquellaire après troubles envahissants du développement) et de syndrome épileptique sur alcoolisation aiguë avec statut après sept menaces d'état de mal épileptique, et comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, ceux de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, de syndrome de dépendance avec quatre critères sur sept selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV) avec une utilisation épisodique, de statut après anoxie périnatale et de statut après accident de la voie publique en 2011 avec traumatisme crânien cérébral sévère. A cet égard, la Dresse H. _____ a précisé que les difficultés psychiques et d'addiction de l'assuré évoluaient depuis des années et qu'il était peu probable de retrouver un état psychique lui permettant la reprise d'un travail dans un court ou moyen terme. Elle a en outre considéré que l'assuré était en incapacité de travail de 100 % depuis le début du suivi auprès d'elle, à savoir depuis le 13 juillet 2010.

Par avis du 16 mai 2013, le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a retenu que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était défavorable, notamment avec dix hospitalisations durant l'année 2012. Il a dès lors considéré que l'assuré était en incapacité de travail totale depuis le 13 juillet 2010 - date du début du suivi médical par la Dresse H. _____ - dans toute activité professionnelle.

Selon une communication interne du 15 novembre 2013 à la suite d'un entretien entre l'assuré et une collaboratrice de l'OAI, il est

ressorti que l'assuré se rendait chaque jour à l'Hôpital de jour de S._____ et que la lourde médication qu'il prenait le fatiguait beaucoup. Il était également précisé que l'élocution de l'assuré était difficile, son regard flou et qu'il peinait à comprendre ce qui lui était dit. Selon cette collaboratrice, l'avis du 16 mai 2013 du Dr C._____ du SMR - considérant l'assuré en incapacité de travail totale dans toute activité - était justifié, de sorte que le droit à la rente était ouvert.

Le 7 février 2014, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière dès le 1^{er} juillet 2012. Ce projet a été adressé à X._____ Caisse de pension (ci-après : la caisse ou la recourante) de l'assuré.

Par courrier du 23 avril 2014, la caisse a formulé ses objections quant au projet précité. A l'appui de sa motivation, elle s'est référée au rapport d'expertise, rédigé en allemand, du 15 avril 2014 du Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a relevé - selon les propos de l'assuré - que ce dernier n'avait jamais souffert de troubles psychiques avant le mois de juin 2012, de sorte que le diagnostic de trouble spécifique de la personnalité ne pouvait pas être retenu dans son cas. La caisse a produit une traduction française de cette expertise, dont on extrait notamment ce qui suit :

« (...)

A. Données de base cliniques

(...)

4. Diagnostics (selon la classification internationale des maladies CIM-10)

Avec des répercussions persistantes sur la capacité de travail :

F43.21 - Longue réaction dépressive de juin 2012 à novembre 2013, en rémission depuis

Sans répercussions persistantes sur la capacité de travail :

Z63.5 - Séparation de sa conjointe

Z59 - Difficultés financières

Z72.2 - Consommation d'alcool occasionnelle

B. Évaluation et pronostic

Monsieur F._____ a passé une enfance plutôt difficile, n'ayant pas pu grandir chez ses parents, puisqu'ils se sont séparés à une date

précoce. Sa mère n'a pu l'avoir près d'elle, il a été surtout élevé dans des foyers et des internats. Rien n'indique des troubles de la personnalité. En tout cas, il n'a montré aucun signe de névrose infantile, il a pu vivre à [...] en toute autonomie à l'âge de 16 ans et il a achevé une formation. L'entretien de ce jour (04.04.2014) n'a également laissé transparaître aucun trouble de la personnalité. Monsieur F. _____ a commencé tôt à consommer de l'alcool, puis à s'y adonner massivement. Il a pu néanmoins marquer occasionnellement des pauses d'abstinence. Selon ses indications, il a nettement réduit sa consommation d'alcool depuis 6 mois. Cette information s'avère exacte, étant donné que l'assuré n'a plus subi aucune crise d'épilepsie depuis lors et que les résultats de l'examen de laboratoire en date du 04.04.2014 infirment une consommation nocive d'alcool. Depuis juillet 2010, l'assuré est pris en charge en ambulatoire dans une clinique spécialisée dans la toxicomanie. En 2009, il a traversé une phase de consommation de drogue, lorsqu'il a travaillé dans une discothèque. Il a réussi à réduire sa consommation de cocaïne, et il s'y livre encore sporadiquement aujourd'hui, ce qui n'a pas d'influence négative sur sa capacité de travail. L'assuré a dû se soumettre à un traitement ambulatoire au titre d'une mesure édictée par le tribunal et ce, en raison de l'abus d'alcool et des crises épileptiques provoquées de ce fait.

L'accident survenu le 30.06.2011 a changé durablement la vie de l'assuré. Selon ses indications, il n'avait jamais été sujet à des troubles de l'humeur avant juin. A l'époque, l'assuré a perdu son emploi et n'a reçu aucune indemnité financière, l'auteur de l'accident ayant commis un délit de fuite. Son épouse l'a quitté le 21.06.2012, entre autres pour des raisons financières. La séparation de sa conjointe, le chômage, les difficultés financières etc. l'ont plongé dans une crise psychique compréhensible. Contrarié et nerveux, Monsieur F. _____ ne dormait plus guère. Il s'est par ailleurs éloigné de ses collègues. Etant donné que des causes évidentes étaient à l'origine de son mal-être, une réaction dépressive a pu être diagnostiquée. L'assuré s'est vu prescrire des tranquillisants (Nozinan, Seroquel). Il a réussi au fil du temps à surmonter la réaction dépressive. Selon ses indications, il s'en est bien remis depuis novembre 2013. Aucune psychopathologie pertinente n'a été observée durant l'examen de ce jour (04.04.2014), l'assuré étant au contraire mentalement équilibré, non contrarié ni angoissé. La réaction dépressive a donc régressé définitivement en novembre 2013. Monsieur F. _____ doit toutefois poursuivre le traitement ambulatoire en clinique, ce dernier ayant été édicté par un juge en raison de la dépendance à l'alcool. De plus, il lui a été prescrit de faire du sport, ce qu'il fait désormais.

Il peut être souligné qu'il organise régulièrement son quotidien, qu'il a pu reconstituer ses contacts sociaux et qu'il se livre à des activités sportives. Il conduit sa voiture et entretient des relations suivies avec son oncle et son frère. Tous ces faits donnent également à penser que la réaction dépressive est en rémission.

Un autre trouble psychique ne peut être attesté. Le trouble de la personnalité mentionné par la psychiatre traitante (F60.8) ne peut être démontré. L'assuré conteste notamment qu'il ait souffert de troubles psychiques avant l'accident. On peut souligner qu'il a accompli un apprentissage, qu'il a exercé des activités professionnelles avec succès et qu'il a entretenu ses contacts

sociaux. Par conséquent, aucun trouble de la personnalité ne peut être diagnostiqué.

Depuis 6 mois, la consommation d'alcool est modérée, ce que confirme l'examen de laboratoire. En outre, aucune drogue ne peut être décelée dans l'urine.

Les crises d'épilepsie n'ont entraîné aucun trouble organique cérébral. Rien de tel n'a pu être constaté le 04.04.2014 d'un point de vue clinique. On peut partir du principe qu'aucune restriction de la capacité de travail n'est engendrée du fait d'un éventuel trouble cognitif.

Une reconversion professionnelle de l'assuré serait judicieuse, ce que l'assurance-invalidité lui aurait garanti. Il faut en effet lui éviter un emploi de sommelier, le risque de récurrence de consommation d'alcool étant trop grand.

En ce qui concerne l'incapacité de travail, il faut retenir le constat suivant d'un point de vue psychiatrique : il y a eu une réaction dépressive de gravité moyenne à légère, de juin 2012 à novembre 2013. De ce fait, la capacité de travail a été restreinte de 40 % en moyenne. Depuis novembre 2013, il n'existe plus aucune limitation. Le pronostic est favorable, tant que Monsieur F. _____ fait preuve de retenue pour sa consommation d'alcool.

C. Réponses à vos questions

1. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :
 - **Réaction dépressive prolongée (CIM-10 : F43.21) de juin 2012 à novembre 2013**
2. Diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail :
 - **Difficultés financières (Z59)**
 - **Consommation sporadique d'alcool (Z72.2)**
 - **Echec du mariage (Z63.5)**
3. À partir de quelle date, y a-t-il eu une incapacité de travail d'au moins 20 % en raison des troubles psychiques ?
 - **À partir de juin 2012**
4. Existe-t-il une maladie psychique à part entière ? Dans l'affirmative, quel diagnostic établissez-vous et quels motifs le justifient ?
 - **Non. Il existe une réaction dépressive qui a résulté de facteurs extérieurs défavorables.**
5. Y a-t-il une comorbidité psychique grave ?
 - **Non.**
6. S'agit-il d'une maladie grave, moyenne ou légère ?
 - **A compter de juin 2012, il s'agit d'abord d'une maladie de gravité moyenne puis, avec le temps, d'une maladie de gravité légère. Il n'y a jamais eu de maladie psychique grave.**
7. L'accident de vélo survenu le 30.06.2011 est-il propre à justifier une incapacité de travail persistante dans une telle proportion ou faut-il sous-entendre un défaut d'assimilation ?

D'un point de vue psychiatrique, l'accident de vélo n'est pas propre à justifier une incapacité de travail persistante. La réaction dépressive a résulté toutefois indirectement de l'accident, l'assuré ayant notamment du mal à supporter la séparation de sa conjointe et les autres conséquences sociales négatives. Il a réagi par la dépression.

8. Le diagnostic faisant état d'un « trouble spécifique de la personnalité (F60.8) » est-il correct ?

Ce diagnostic n'est pas correct.

- Dans l'affirmative, comment évaluez-vous l'intensité de ce trouble et son évolution dans le temps ?
- Sinon, pour quelle raison ?

Il convient de faire remarquer que conformément à la CIM-10, le trouble de la personnalité trouve ses racines dans l'enfance et la jeunesse. Or, selon ses indications, Monsieur F. _____ F. _____ n'avait jamais eu de problèmes psychiques, en tout cas pas avant juin 2012. De surcroît, aucun symptôme d'un trouble de la personnalité n'a été observé le 04.04.2014.

9. Pour quelle période (éventuellement limitée), le diagnostic faisant état d'un « trouble spécifique de la personnalité (F60.8) » est-il justifié ?

Ce diagnostic n'est pas justifié.

10. Emploi du temps détaillé, organisation des loisirs, passe-temps, aides requises dans l'exécution des tâches ménagères et au quotidien.

Le déroulement d'une journée normale a été décrit. L'assuré n'a besoin d'aucune aide pour assumer les tâches domestiques et quotidiennes.

11. Anamnèse de dépendance aux stupéfiants et à la consommation d'alcool : s'agit-il d'un processus pathologique primaire ou secondaire ?

Il s'agit d'un processus secondaire.

- La consommation de drogue dure-t-elle ? Dans l'affirmative, sous quelle forme ?

Monsieur F. _____ consomme encore sporadiquement de la cocaïne, occasionnellement de l'alcool.

- Des mesures appropriées de traitement de la toxicomanie ont-elles été appliquées jusqu'à présent et dans l'affirmative, lesquelles ?

Oui, l'assuré suit une thérapie ambulatoire dans une clinique spécialisée dans la toxicomanie.

- Existe-t-il des atteintes à la santé irréversibles, liées à l'addiction, et dans l'affirmative, lesquelles ?

Un trouble organique cérébral n'a pu être décelé.

12. Comment jugez-vous l'état de santé actuel de l'assuré ?

Son état de santé actuel est satisfaisant.

13. Quels sont nommément les traitements suivis et les médicaments pris en ce moment (concentration médicamenteuse) ?

Kepra, Rivotril. Les concentrations médicamenteuses sont en partie insuffisantes.

14. Comment l'assuré justifie-t-il sa non-observance vis-à-vis de la prise de ses médicaments antiépileptiques ? Sa non-observance est-elle imputable à la symptomatologie psychique ?

- Conséquences de la non-observance ?
- Quelles aides visant à améliorer l'observance estimez-vous opportunes ?

Monsieur F. _____ indique qu'il prend sérieusement ses médicaments antiépileptiques depuis au moins 6 semaines. Il attribue la phase antérieure de non-observance au fait qu'il consommait alors beaucoup d'alcool.

15. Les thérapies entreprises par l'assuré et les médicaments prescrits suffisent-ils à améliorer son état de santé, compte tenu de son affection présente ?

Etant donné que la situation psychique s'est nettement améliorée, la prise de psychotropes n'est plus nécessaire. Le traitement psychiatrique ambulatoire peut être considéré comme raisonnable pour des raisons prophylactiques.

16. Un séjour stationnaire aurait-il un effet positif sur l'état de santé, et la capacité de travail pourrait-elle ainsi accrue ?

Un séjour stationnaire n'est pas indiqué, étant donné que l'assuré se porte correctement.

17. Le traitement médical est-il adéquat (intervalle thérapeutique de la médication) ? La réduction des risques est-elle suffisante, respectivement quelle réduction des risques peut être raisonnablement exigée de la personne assurée ?

Le traitement est approprié tant en termes de médication que d'intervalle thérapeutique.

18. Dans la négative, comment se présenterait un traitement médical optimal et quelles thérapies proposez-vous ?

Non applicable en l'occurrence.

19. Existe-t-il des facteurs psychosociaux influençant significativement la capacité de travail et quelle est la part de la restriction de la capacité de travail, en pour cent, pour des raisons purement étrangères à l'assurance-invalidité ?

De tels facteurs ont été décrits (longue phase d'inactivité, dettes, divorce imminent). Je pars du principe que l'assuré ne travaille pas à cause de ces facteurs.

20. Quelle est la part de la restriction de la capacité de travail, en pour cent, pour des raisons purement psychiques, et depuis quand ? Quelles indications pouvez-vous donner sur l'évolution de l'incapacité de travail dans le temps ?

Depuis décembre 2013, il n'existe aucune limitation de la capacité de travail pour des raisons psychiques.

21. Auto-évaluation de la personne assurée concernant le concept de la maladie, la capacité de travail et la réhabilitation.

Monsieur F. _____ considère qu'il est apte au travail, mais non comme sommelier. Son concept de la maladie est qu'elle est somatique, l'assuré imputant tout, en fait, à son accident de vélo.

22. Quel pronostic pouvez-vous établir et, le cas échéant, pour quelle période ?

Un pronostic favorable.

23. Quelles mesures professionnelles peuvent être raisonnablement demandées à la personne assurée ?

L'assuré peut se reconvertir à une autre profession par le biais de l'assurance-invalidité.

24. Dans quelle mesure une activité serait encore raisonnable d'un point de vue purement psychiatrique et dans quel domaine ?

Pleinement (mais non comme sommelier).

25. L'assuré est-il en mesure d'exercer son activité usuelle et/ou une activité adaptée à son affection en déployant de la bonne volonté ?

Oui.

26. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures appropriées dans un proche avenir ?

Des mesures professionnelles devraient favoriser la réinsertion dans le monde du travail.

27. Dans quelle mesure une activité de conseiller dans la branche gastronomique est-elle raisonnable d'un point de vue psychiatrique ?

100 %.

28. Dans quelle mesure une activité de serveur est-elle raisonnable d'un point de vue psychiatrique ?

Il ne devrait plus travailler dans ce secteur en raison du risque de récurrence de consommation nocive d'alcool.

29. Dans quelle mesure une activité d'employé de kiosque est-elle raisonnable d'un point de vue psychiatrique ?

100 %.

30. Dans quelle mesure une activité d'ouvrier d'usine (assigné à des travaux de surveillance) est-elle raisonnable d'un point de vue psychiatrique ?

100 %.

31. Quelle activité de substitution pourrait être raisonnablement exigée de la personne assurée ?

Des activités mettant l'assuré en contact avec de l'alcool devraient être évitées.

32. Si plus aucune autre activité n'est acceptable, comment cela peut-il être justifié ?

Je fais remarquer qu'un travail comme sommelier est défavorable, étant donné qu'il existe un risque de récurrence d'abus d'alcool. »

Interpellé par l'OAI, le Dr W. _____ a indiqué le 18 juin 2014 que le pronostic était défavorable et que la capacité de travail était nulle. Il a joint un rapport du 27 mars 2014 du Dr Z. _____, spécialiste en neurologie, dont la teneur est la suivante :

« *DIAGNOSTIC(S)*

Tentamen avec coma sur intoxication massive aux benzodiazépines et au Seroquel (cf. séjour aux soins intensifs du 13 au 17 janvier 2014).

Dernière crise d'épilepsie le 15 septembre 2013 sur alcoolisation aiguë (2,75 g/l).

Malaise sur consommation d'alcool (1,03 g/l à 17h45 le 09 septembre 2013) et probable hypoglycémie associée.

Multiples crises d'épilepsies et véritables états de mal épileptique ou menace d'état de mal épileptique.

RAPPEL ANAMNESTIQUE

Comme vous avez reçu la lettre de sortie des soins intensifs, le patient a effectué un tentamen avec coma sur intoxication au Temesta et au Seroquel qui a nécessité une intubation et un séjour aux soins intensifs du 13 au 17 janvier 2014. Le patient avait des idées noires auparavant déjà et le patient avait un taux de Keppra infra-thérapeutique à l'admission ce qui a motivé une charge en Keppra intraveineuse de 1500 mg, puis une reprise du Keppra 500 mg le matin et 2 x 500 mg le soir et Rivotril 0.5 mg les jours pairs et 0.25 mg les jours impairs. Il avait déjà du Temesta en réserve et il a été hospitalisé d'office à l'Hôpital de S. _____ dont vous avez reçu copie de la lettre de sortie. A noter que le patient était alcoolisé à 2,03 g/l aux soins intensifs du [...]. Il a séjourné donc à l'Hôpital de S. _____ du 17 [janvier] au 10 février 2014.

Comme facteur déclenchant, il y aurait eu une mésentente avec la Dresse H. _____ qui a motivé une prise en charge avec une psychologue, Mme [...], au cabinet du Dr [...] à l' [...] à [...]. L'autre facteur est également la fin de la prise en charge par l'Hôpital de jour à S. _____ au [...] avec notamment une prise en charge par ses infirmiers qu'il connaît très bien, dont M. [...], et le début de la prise en charge par l'UAT [Unité d'accueil temporaire] dépendant de l'EMS et du Foyer [...].

Durant son séjour, le Seroquel a été stoppé et le patient a été informé qu'il pouvait en tout temps venir à l'Hôpital de jour de S. _____. Il sort donc de l'Hôpital de S. _____ le 10 février 2014 avec du Keppra 500 mg le matin et 1000 mg le soir, Rivotril 0,5 mg les jours pairs et 0,25 mg les jours impairs, Temesta 2x1 mg en réserve.

Malheureusement, le 6 mars 2014, le patient apprend que son père est décédé dans le sud de la [...] où il vivait avec l'une de ses sœurs. Il s'est donc rendu en urgence dans le sud de la [...] et n'avait pas pris son traitement de Keppra, ni de Rivotril. Le médecin de son père, en [...], lui a prescrit du Temesta ce qui a heureusement empêché un sevrage aux benzodiazépines. Il est rentré de [...] le 16 mars 2014, car il avait rendez-vous le 17 mars 2014 avec le juge de paix pour le PLAFPA psychiatrique avec la Dresse H._____. Le patient a eu le très bon réflexe de se rendre immédiatement à l'hôpital de jour de S._____ pour voir M. [...], il y va tous les jours et a repris son traitement de Keppra depuis le dimanche soir 16 mars 2014. Nous avons longuement parlé qu'il fallait impérativement qu'il s'accroche et qu'il se sente entouré, qu'il avait les portes ouvertes partout pour qu'on puisse l'aider. Et qu'il fallait surtout qu'il ne soit pas tenté par une consommation d'alcool.

J'ai effectué une formule sanguine complète qui est dans la norme avec des tests hépatiques dans la norme, une CDT [marqueur de consommation chronique excessive d'alcool] à 1,92 % < à 2.50, mais je n'ai pas dosé le lévétiracétam au vu du fait que le patient vient de reprendre son traitement de Keppra il y a seulement 3 jours.

SYNTHESE ET CONCLUSION

Malheureusement, le patient a effectué un tentamen sérieux avec prise d'alcool, de Temesta et de Seroquel qui a nécessité une intubation et un séjour aux soins intensifs. De surcroît, le patient vient de perdre son père récemment et je remercie l'équipe de l'hôpital de jour de l'Hôpital de S._____ ainsi que Mme [...] de la prise en charge du patient qui actuellement est extrêmement fragile. J'ai longuement discuté avec lui sur le fait qu'il était justement dans une période fragile et à risque de reconsommer de l'alcool.

J'ai renouvelé le Keppra 500 mg le matin et 1000 mg le soir et durant cette période, j'ai prescrit du Rivotril 0,5 mg tous les soirs pour six mois et je le reverrai le 2 juillet 2014 à 14h00. »

Le 2 septembre 2014, la Dresse H._____ a adressé à l'OAI son rapport, dont on extrait ce qui suit :

« (...)

1. Quelle est l'évolution depuis janvier 2013 ?

Depuis janvier 2013, M. F._____ a vécu une période d'instabilité psychique et addictive avec des alcoolisations et des crises d'épilepsie rendant nécessaire des hospitalisations à répétition tant en milieu somatique qu'en milieu psychiatrique. Au cours de 2013, un réseau ambulatoire conséquent a été mis en place et consolidé par la suite par des mesures juridiques.

Depuis octobre 2013, l'évolution a été plutôt favorable. M. F._____ a pu limiter sa consommation d'alcool à des consommations occasionnelles et modérées et ainsi éviter les hospitalisations hormis une hospitalisation en janvier 2014 suite à un tentamen médicamenteux grave, et une brève

hospitalisation volontaire en mai 2014 à la Fondation de S. _____ pour mise à l'abri après le décès de son père.

Au cours du dernier mois, M. F. _____ semble avoir été mis à mal possiblement en lien avec les exigences et les démarches nécessaires pour la succession de son père. Il a été hospitalisé à deux reprises pour des crises d'épilepsie suite à des alcoolisations massives.

2. Quel est le traitement actuel ? Pronostic ?

M. F. _____ profite d'un traitement ambulatoire très étayé, soit un suivi psychiatrique et addictif intégré à l'UAS [Unité Ambulatoire Spécialisée] avec des entretiens mensuels par un binôme médico-infirmier, une continuité de soins par un infirmier de l'hôpital de S. _____ avec des entretiens hebdomadaires, une prise en charge par l'UAT [...] avec deux activités hebdomadaires etgh (sic) un suivi infirmier à domicile hebdomadaire, un suivi psychologique par Mme [...], psychologue dans le cabinet [...] à [...] et un suivi neurologique par le Dr Z. _____, neurologue à [...].

Sur le plan médicamenteux, M. F. _____ suit un traitement antiépileptique par Keppra 1500 mg/jour et du Rivotril 0,5 mg/jour ainsi que du Temesta 1 mg 2cp/jour en réserve.

Quant au pronostic, nous relevons une évolution plutôt favorable avec une stabilisation de l'état psychique et addictif hormis le dernier mois. Néanmoins, la situation clinique reste inquiétante chez un patient fragile.

Comme point favorable, nous relevons le projet de M. F. _____ à une abstinence totale à l'alcool à partir de septembre 2014 afin de récupérer son autorisation à conduire un véhicule.

3. Quelles sont les limitations psychiques actuelles ? pérennes ?

Malgré une amélioration de l'état clinique, M. F. _____ garde des troubles de la concentration et des difficultés de compréhension. Il gère mieux ses horaires, est plus présent dans la réalité et a un meilleur rythme veille-sommeil. Il contrôle mieux son impulsivité, on remarque également une stabilisation de l'humeur depuis mars 2014 qui reste néanmoins fluctuante, en partie en lien avec des dates anniversaires de décès traumatiques dans la famille. Nous relevons qu'il s'agit d'une évolution relativement récente qu'il s'agirait de consolider pour acquérir plus de stabilité dans la durée.

4. Quelle est l'évolution de la capacité de travail dans l'activité habituelle ? dans une activité adaptée ?

Une activité professionnelle en tant que sommelier est actuellement proscrite sur le plan médical, tant en raison du risque de consommation d'alcool, tant en raison des horaires irréguliers.

Nous remarquons également que M. F. _____ profite actuellement d'un traitement ambulatoire très conséquent.

Pour des mesures de réadaptation professionnelle dans une activité adaptée, ces mesures semblent actuellement encore

précoces en raison du peu de recul et de l'importance du cadre thérapeutique ambulatoire.

Nous vous proposons de reprendre des nouvelles d'ici six mois. »

Dans un avis du 22 octobre 2014, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale au SMR, a souligné ce qui suit à propos de l'expertise du Dr R._____ :

« (...)

Critique de cette expertise :

Cet examen est largement incomplet, les multiples hospitalisations ne sont pas ou que partiellement mentionnées, en particulier celle aux soins intensifs en janvier 2014 et celle en milieu psychiatrique en janvier-février 2014. A la décharge de l'expert il me paraît possible que l'assuré n'ait pas mentionné ces séjours lors de la prise d'anamnèse.

L'expert nie l'existence du trouble envahissant du développement, il ne mentionne pas l'anoxie périnatale. Je suis d'accord avec l'expert que ces diagnostics reposent sur une hypothèse basée sur l'anamnèse. En l'état actuel du dossier à disposition, je ne peux affirmer avec certitude que ces diagnostics sont bien étayés.

L'expert estime qu'avant juin 2012, date de la séparation du couple, l'assuré n'aurait pas présenté de psychopathologie invalidante. Ce faisant, il ne tient pas compte des antécédents lourds de cet assuré en 2011 et 2012 sous forme de multiples hospitalisations après des abus d'alcool parfois massifs. L'expert n'apporte aucun regard critique sur ces antécédents, il se borne à attester rétrospectivement une dépressivité moyenne à légère entre juin 2012 et novembre 2013 et banalise la consommation d'alcool, pourtant à l'origine de pratiquement toutes ces hospitalisations.

L'expert retient l'absence de psychopathologie à l'examen du 04.04.2014, basé sur un unique entretien de 1 h 20. Cette constatation objective est admissible, mais elle aurait mérité d'être mise dans le contexte de l'anamnèse et des documents médicaux connus.

Pour toutes ces raisons, j'estime que cette expertise est incomplète et ne permet pas de retenir les conclusions de l'expert.

Par conséquent je réponds comme suit aux objections de X._____ :

- a) L'AI a retenu la date du 30.06.2011 comme début de l'incapacité durable de travail.
- b) Une nouvelle crise épileptique sous influence de l'alcool est survenue le 15.09.2013. Une autre hospitalisation en janvier 2014 avec participation d'alcool témoigne du mauvais contrôle de la consommation d'alcool.
- c) Le nombre d'hospitalisations en 2011 et 2012 pour cause d'abus massif d'alcool ou de tentamen aurait mérité une discussion de la part de l'expert. Nier toute existence d'un trouble psychique avant juin 2012 n'est pas admissible.

- d) Cette description contredit elle-même l'affirmation d'absence de trouble psychique mentionné sous point c.
- e) Pour la période avant juin 2012 : Voir réponse sous point c. Pour la période après novembre 2013 : L'expert n'a tenu compte ni des événements de septembre 2013 ni de l'hospitalisation avec séjour aux soins intensifs (intubation) et en milieu psychiatrique de janvier-février 2014.
- f) Pas d'objection.
- g) Ce contraste entre une personne paraissant parfaitement équilibrée lors d'une unique consultation en avril 2014 et l'anamnèse lourde aurait mérité une discussion détaillée de l'anamnèse et une prise de position par rapport aux autres avis médicaux.

Conclusions :

Je constate que la date de LM [longue maladie] est admise.

Je n'ai pas comme habitude de me baser sur les constatations d'une expertise que je considère comme lacunaire, mais je mentionne que l'expert admet une atteinte à la santé entre fin juin 2012 (coïncidant avec la fin du délai de carence) et novembre 2013.

L'évolution favorable à partir d'octobre 2013 est confirmée par la Dresse H. _____ dans son rapport du 02.09.2014, mais elle retient également, contrairement à l'expert, l'aggravation en janvier 2014. Elle signale une nouvelle hospitalisation à S. _____ en mai 2014 et deux hospitalisations pour crises d'épilepsie suite à des alcoolisations massives en été 2014.

L'amélioration signalée par l'expert et la Dresse H. _____ n'a dès lors été que de courte durée. Un traitement intégré intensif se poursuit, avec entretiens, visites et activités hebdomadaires.

Une certaine amélioration psychique est signalée en septembre 2014. La volonté d'abstinence d'alcool est mentionnée, afin de récupérer le permis de conduire.

La reprise d'une activité professionnelle dans un milieu sans contact avec l'alcool et sans horaires irréguliers est envisagée, mais pas avant 6 mois à cause du peu de recul et de l'amélioration encore trop récente de l'état psychique de l'assuré. Une nouvelle évaluation est jugée utile dans 6 mois, et ce délai me paraît médicalement justifié.

En résumé et en une phrase : je ne vois pas de raison de contester la validité de la décision du 10.02.2014 en ce qui concerne la sévérité de l'atteinte et des dates (longue maladie, incapacité de travail totale au terme du délai de carence). »

Par courrier du 8 janvier 2015, l'OAI a informé la caisse que l'instruction médicale avait démontré qu'il n'existait aucune raison de s'écarter des conclusions de son préavis.

Par décision du 20 février 2015, l'OAI a alloué une rente entière à l'assuré dès le 1^{er} juillet 2012.

B. Par acte du 17 mars 2015, X._____ Caisse de pension a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI du 20 février 2015, en concluant principalement à son annulation, à la fixation du délai d'attente d'une année dès le mois de juin 2012 et à l'octroi d'une rente limitée dans le temps (de juin 2013 à novembre 2013) sur la base d'une incapacité de travail de 40 % et, subsidiairement au renvoi à l'OAI pour instructions complémentaires médicales sur les plans neurologique et psychiatrique. A l'appui de sa contestation, la recourante fait valoir que l'alcoolisme - tout comme la toxicomanie et la dépendance aux médicaments - ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Il ne devient pertinent au regard du droit de l'assurance-invalidité que s'il a provoqué une maladie ou un accident entraînant une atteinte à la santé nuisant à la capacité de gain ou s'il est lui-même la conséquence d'une atteinte à la santé. Sur ce point, elle relève que les crises d'épilepsie sont en lien avec la consommation massive d'alcool, ce qui signifie, à son sens, que sans la consommation massive d'alcool, l'assuré ne connaît aucune crise d'épilepsie, précisant que l'alcoolisme en lui-même n'entraîne pas d'atteinte invalidante pour la santé. En outre, elle estime que les conséquences de l'accident du 30 juin 2011, dont l'assuré a été victime, n'ont aucune influence sur l'incapacité de travail. Cela est confirmé, à son sens, par le fait que la Dresse H._____ retient que l'état psychique de l'assuré ne s'est détérioré que dans le courant de l'année 2012 en raison de la séparation avec son épouse. Ainsi, la recourante considère que l'accident du 30 juin 2011 n'a pas entraîné d'incapacité de travail durable qui aurait pour effet le déclenchement du délai d'attente minimal d'un an. Au contraire, à son avis, ce sont les problèmes psychosociaux (séparation) survenus au mois de juin 2012 qui ont déclenché des douleurs psychiques ayant une influence sur la capacité de travail, de sorte que le délai d'attente a commencé à courir dès le mois de juin 2012. Sur ce point, elle remet en cause l'appréciation de la Dresse H._____ au motif que cette dernière a posé un diagnostic de « probable » trouble envahissant du développement, qu'elle n'explique pas les raisons pour lesquelles un trouble de la personnalité est fondé et qu'elle n'est pas neurologue pour pouvoir déterminer l'existence de limitations des fonctions cognitives. Elle

soutient enfin qu'il convient d'octroyer une rente limitée dans le temps à la période allant de juin 2013 (après l'expiration du délai d'attente d'un an) à novembre 2013, sur la base d'une incapacité de travail de 40 %.

Par réponse du 12 mai 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

Par courrier du 28 juillet 2015, la juge instructeur a ordonné l'intervention de l'assuré, lequel ne s'est pas déterminé.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 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 al. 1 LPGA).

b) Aux termes de l'art. 34 LPGA ont qualité de parties les personnes dont les droits ou obligations résultent des assurances sociales, ainsi que les personnes, organisations ou autorités qui disposent d'un moyen de droit contre la décision d'un assureur ou d'un organe d'exécution de même niveau.

Le droit fédéral reconnaît, à certaines conditions, la qualité pour recourir d'un assureur tiers, lorsque la décision d'un assureur touche l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations. Selon l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision concernant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire ; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (cf. également l'art. 57a al. 2 LAI). La jurisprudence a précisé qu'un assureur est touché par une décision rendue par un autre assureur lorsqu'il se trouve dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige et que, partant, ses intérêts de fait ou de droit sont particulièrement affectés par la décision (ATF 132 V 74 consid. 3.1).

Ainsi que cela ressort des art. 23, 24 al. 1 et 26 al. 1 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), il existe un lien fonctionnel étroit entre le premier pilier (assurance-invalidité) et le deuxième pilier (prévoyance professionnelle) de la prévoyance invalidité. Ce lien tend, d'une part, à assurer une coordination matérielle étendue entre les premier et deuxième piliers et, d'autre part, à libérer autant que possible les organes de la prévoyance professionnelle d'importantes et coûteuses démarches portant sur les conditions, l'étendue et le début du droit aux prestations d'invalidité du deuxième pilier (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 et 132 V 1 consid. 3.2). En effet, la LPP ne définit pas la notion d'invalidité, mais elle se borne à renvoyer, sur ce point, aux dispositions de la LAI (voir aussi l'art. 4 OPP 2 [ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.441.1]). La notion d'invalidité est la même dans les deux cas : elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'intéressé. Aussi bien en matière de prévoyance obligatoire qu'en matière de prévoyance plus étendue (lorsque l'institution de prévoyance a décidé réglementairement d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi), l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité a, en l'absence de dispositions réglementaires contraires, force

contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle ; elle est donc de nature à régir aussi bien le principe que le montant ou la durée de l'obligation de prester de l'institution de prévoyance et, partant, à la toucher directement dans ses intérêts de droit et de fait. C'est pourquoi il convient d'accorder aux organes de la prévoyance professionnelle aussi bien la qualité pour s'exprimer dans la cadre de la procédure de préavis (art. 57a al. 2 LAI) que pour former un recours contre une décision des organes de l'assurance-invalidité (art. 49 al. 4 et 59 LPGA) qui statue sur le droit à la rente ou fixe le degré d'invalidité de la personne assurée.

En tant qu'institution de prévoyance du deuxième pilier qui s'oppose au degré d'invalidité déterminé par l'OAI, X. _____ Caisse de pension a donc qualité pour agir (cf. ATF 134 V 153 consid. 5.2 ; 132 V 1 ; 129 V 73).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

c) 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 cantonale vaudoise 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 (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre les décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et la partie recourante présenter ses griefs –

que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité entière, à la suite de sa demande du 25 janvier 2012. Est en particulier litigieuse la question de savoir si l'assuré 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'assurance-invalidité.

3. 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Selon l'échelonnement des rentes prévu à l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'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 et les références citées ; 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 précité et les références citées ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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 se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1 ; 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

b) 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_104/2014 du 10 mai 2014 consid. 4.1 ; 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; cf. également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 et les références citées).

5. a) Dans le cas d'espèce, la recourante soutient que le délai d'attente doit débuter dès le mois de juin 2012, estimant que l'assuré n'avait pas eu d'atteinte – notamment psychique – avant cette date. Pour retenir ce constat, la recourante s'est fondée exclusivement sur l'expertise du Dr R._____.

En revanche, l'intimé a considéré que le délai d'attente avait débuté au 30 juin 2011, date de l'accident de l'assuré. Il s'est, quant à lui, référé aux rapports de la Dresse H._____ et aux avis des médecins du SMR.

b) Dans son expertise du 15 avril 2014, le Dr R._____ a posé comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail une réaction dépressive prolongée de juin 2012 à novembre 2013, en rémission depuis. Le Dr R._____ estime que le début de cet épisode dépressif est lié au départ de l'épouse de l'assuré au mois de juin 2012. Pour affirmer sa conclusion, il conteste l'avis de la H._____, laquelle pose le diagnostic de trouble spécifique de la personnalité, au motif que l'assuré n'a démontré aucun signe de névrose infantile pour retenir qu'il ait souffert de troubles psychiques avant le mois de juin 2012. En outre, le Dr R._____ note une amélioration de l'état de l'assuré, de sorte, qu'à son avis, il n'existe aucune restriction de la capacité de travail pour des raisons psychiques dès le mois de décembre 2013, hormis celle de travailler en qualité de sommelier vu le risque de récurrence d'abus d'alcool.

Avec l'OAI, on doit toutefois considérer que cette appréciation est erronée. En effet, retenir une telle appréciation revient à faire abstraction des multiples crises d'épilepsie existant depuis le 30 juin 2011 et entraînant une médication lourde. Certes, une consommation excessive d'alcool suscite ces crises d'épilepsie, mais il n'empêche que ces crises impliquent un traitement lourd et un suivi particulièrement conséquent (cf. rapport de la Dresse H._____ du 2 septembre 2014 et avis du Dr B._____ du SMR du 22 octobre 2014). D'ailleurs, le Dr R._____ a considéré dans son expertise que l'alcoolisme de l'assuré était secondaire.

A cela s'ajoute que le Dr R._____, qui a examiné l'assuré au mois d'avril 2014, estime que la réaction dépressive a définitivement régressé au mois de novembre 2013. Or, l'assuré a été hospitalisé aux soins intensifs en janvier 2014 pour un tentamen avec coma puis à l'Hôpital de S._____ durant environ trois semaines. Il est vrai que la Dresse H._____ fait état d'une évolution plutôt favorable depuis le mois d'octobre 2013, cependant elle retient également, contrairement au Dr R._____, une aggravation dès le mois de janvier 2014 (cf. rapport du 2 septembre 2014) et elle souligne le traitement ambulatoire contenant des entretiens mensuels médico-infirmiers, des entretiens hebdomadaires avec un infirmier, deux activités hebdomadaires dans une unité d'accueil temporaire, d'un suivi infirmier à domicile hebdomadaire et d'un suivi psychologique et neurologique. Le Dr R._____ considère d'ailleurs ce traitement adéquat.

Ainsi, on relèvera que l'amélioration signalée par le Dr R._____ n'a dès lors été que de courte durée. Un traitement intégré intensif se poursuivant avec des entretiens, visites et activités hebdomadaires.

En outre, le Dr Z._____ a noté qu'une procédure de PLAFa était en cours au mois de mars 2014 (cf. rapport du 27 mars 2014), ce qui contraste avec la prétendue amélioration de la situation annoncée par le Dr R._____. Celui-ci relève également que les analyses n'ont pas démontré de consommation de drogue alors qu'il fait état de

consommation sporadique de cocaïne. De plus, il constate que l'assuré conduit sa voiture, alors qu'il résulte du rapport du 2 septembre 2014 de la Dresse H._____ que l'assuré avait le projet de cesser toute consommation d'alcool dans le but de récupérer son permis de conduire. De surcroît, au mois d'août 2014, l'assuré a été hospitalisé à deux reprises à la suite de crises d'épilepsie ensuite d'alcoolisations massives.

Par ailleurs, le Dr B._____ considère que l'expertise du Dr R._____ ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des rapports médicaux dans la mesure où le Dr R._____ n'a pas tenu compte des antécédents lourds de l'assuré en 2011 et 2012 sous forme de multiples hospitalisations après des abus d'alcool, ni des événements survenus aux mois de septembre 2013 et de janvier 2014.

Compte tenu de l'ensemble de ces circonstances, on ne peut accorder aucune valeur probante à l'expertise du Dr R._____ et il y a lieu de retenir que l'assuré présente une incapacité de travail totale, notamment vu l'importance du traitement ambulatoire.

c) Il convient donc de confirmer le bien-fondé de la décision entreprise en ce qu'elle accorde une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2012. Dès lors que les taux d'incapacité de travail retenus par l'intimé concernant tant l'activité habituelle que toute autre activité, il n'est pas nécessaire de procéder à une comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA. Dans un tel cas de figure en effet, le taux d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (cf. TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; 9C_137/2010 du 19 avril 2010).

6. Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2).

Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. 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 (cf. TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). 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 l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 119 V 335 consid. 3c ; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références citées).

En l'occurrence, la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'instructions complémentaires doit être rejetée, les éléments au dossier étant clairs, dénués de contradiction et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de

prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 800 fr. et de les mettre à charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni à la recourante qui succombe (61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD), ni à l'intimé qui n'y a pas droit comme assureur social (cf. ATF 128 V 323).

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

- I.** Le recours déposé le 17 mars 2015 par X. _____ Caisse de pension est rejeté.

- II.** La décision rendue le 20 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Un émolument judiciaire de 800 fr. (huit cents francs) est mis à la charge de X. _____ Caisse de pension.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- X. _____ Caisse de pension, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- F. _____, à [...],
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :