

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 mai 2016

Composition : Mme THALMANN, présidente
MM. Berthoud et Küng, assesseurs
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant, représenté par sa curatrice, [...], et par Me Florence Bourqui, avocate d'office, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 43 et 44 LPGA ; 4, 28 et 69 al. 1^{bis} LAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, ressortissant [...] au bénéficiaire d'un permis C, sans formation professionnelle, a travaillé comme employé d'exploitation pour le compte de B. _____ Sàrl, dont l'associée-gérante était sa sœur, du 1^{er} octobre 2008 au 31 janvier 2012. Il a intégré la Fondation G. _____ le 7 novembre 2011.

Le 14 février 2012, l'assuré 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), mentionnant être atteint d'une maladie psychiatrique. Il a déclaré être en incapacité de travail totale depuis le 19 mai 2011.

Dans un rapport non daté, indexé par l'OAI le 3 avril 2012, la Dresse D. _____, spécialiste en médecine interne générale qui a suivi l'assuré depuis son entrée à la Fondation G. _____ le 7 novembre 2011, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble affectif bipolaire dépression moyenne, de retard mental léger avec trouble du comportement, de dépendance à l'alcool avec utilisation continue, de cécité de l'œil droit secondaire à une tentative de suicide par arme à feu en 1983 (*recte* : 2003), ainsi que d'antécédent de fracture des 7^e-9^e côtes à gauche en 2011 et, sans effet sur la capacité de travail, d'hypercholestérolémie non traitée. Elle a relevé que son patient présentait des problèmes d'adaptation dans le cadre de la Fondation, comme c'était déjà le cas à l'extérieur, et qu'en raison de ses fonctions cognitives diminuées, il était rapidement dépassé et avait des difficultés à effectuer des nouvelles tâches, ajoutant qu'il était vite découragé et présentait des troubles du sommeil et de l'humeur. Cette praticienne a émis un pronostic très réservé, l'intéressé étant très fragile, et a indiqué qu'il bénéficiait d'un suivi médico-psycho-social à la Fondation G. _____. La Dresse D. _____ a exposé que l'assuré présentait une incapacité totale de travail depuis son entrée à la Fondation le 7 novembre 2011,

précisant que les restrictions étaient uniquement psychologiques et mentales et se manifestaient par un absentéisme répété. S'agissant des limitations fonctionnelles de son patient, elle a notamment indiqué que les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation, ainsi que la résistance, étaient limitées depuis son entrée à la Fondation, relevant que l'activité adaptée devait être calme, répétitive et en milieu sécurisé.

Dans son rapport du 3 avril 2012 à l'OAI, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie qui a suivi l'assuré depuis le 21 décembre 2011, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble affectif bipolaire, épisode actuel dépression moyenne, depuis l'âge de 17 ans, de trouble mental et du comportement lié à l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue, de trouble mental et du comportement lié à l'alcool, avec déficit cognitif, et de retard mental léger avec trouble de comportement nécessitant surveillance ou traitement. Il a émis un pronostic réservé en raison de sa consommation continue d'alcool (bières), de son intolérance aux frustrations et de la baisse de ses fonctions cognitives qui le rendait peu apte à la psychothérapie qui visait un changement de son comportement addictif. Il a exposé que l'intéressé présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 6 janvier 2012, précisant qu'il travaillait aux ateliers de la Fondation G._____ seulement 4 heures par jour, qu'il prenait des cours de français et participait à différents ateliers de soutien psychologique le reste du temps, qu'il avait du mal à assumer le travail, qu'il se disait rapidement fatigué, qu'il avait du mal à se concentrer aux tâches et qu'il éprouvait des sentiments d'impuissance et de dévalorisation qui risquaient d'auto-entretenir sa dépendance à l'alcool. Ce praticien a également indiqué que son patient présentait une intolérance au stress et à l'imprévu, une intolérance aux frustrations, un trouble de comportement agressif et une impossibilité de gérer les relations sociales. Il a enfin relevé que la baisse marquée des fonctions cognitives de l'assuré, doublée d'une intolérance au stress lors d'une activité lucrative, l'empêchait d'assumer un travail, même à temps partiel et a conclu son rapport en estimant que l'intéressé était en incapacité totale de travail pour les années à venir et ne pouvait suivre aucune mesure de réinsertion. En annexe à ce

document, figurait notamment un rapport du 15 décembre 2011 du Dr [...], spécialiste en ophtalmologie, qui a diagnostiqué chez l'assuré, s'agissant de l'œil droit, un « status après lésion du nerf optique, perte fonctionnelle, exotropie », précisant l'existence d'une vague perception lumineuse, et, quant à l'œil gauche, une « discrète amétropie, presbyopie ».

Le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie qui a traité l'assuré du 8 juin au 7 novembre 2011, dans son rapport du 13 mai 2012, a diagnostiqué chez son patient, avec effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen à sévère existant depuis un moment difficile à préciser, un alcoolisme avec utilisation continue depuis 2 à 3 ans environ et un retard mental léger depuis toujours. Il a indiqué que l'intéressé avait présenté une incapacité de travail de 100% dans la profession d'ouvrier du 19 mai 2011 au 7 novembre 2012, renvoyant à l'avis du médecin actuel pour la période postérieure. Il a également relevé que l'activité exercée était encore exigible à 100% avec une réduction du rendement en raison de ses affections psychiatriques, exposant qu'il faudrait envisager dans un premier temps une activité occupationnelle dans un milieu protégé comme les ateliers de la Fondation G._____ afin d'évaluer sa capacité de travail en « économie libre » en fonction de son évolution. S'agissant du pronostic, il a indiqué qu'il était très difficile de se prononcer au stade actuel, précisant qu'il faudrait attendre l'adhésion de l'intéressé aux projets thérapeutiques proposés à cette fondation. Le Dr N._____ a par ailleurs constaté ce qui suit :

« Patient présente une humeur anxio-dépressive, préoccupation excessive au sujet de son avenir et notamment sur la relation avec sa sœur avec angoisse assez importante. Diminution de l'intérêt et du plaisir avec fatigabilité et apathie. Cours de la pensée est ralenti à mettre en partie sur son retard mental léger. Idées noires passives sans projets concrets de passage à l'acte (ATCD [antécédents] d'un acte auto-agressif par arme à feu dans le passé). Estime de soi bien fragile, attitude anxieuse et morose face à l'avenir. Trouble du sommeil qui touche aux difficultés d'endormissement, réveils nocturne[s] à répétition et d'un sommeil pas réparateur. Les critères de la dépendance à l'alcool sont remplis et le patient trouve beaucoup de difficultés à envisager l'abstinence à l'alcool au stade actuel. Tendance aux alcoolisations massives et il a transité par les urgences du Centre hospitalier K._____ à plusieurs reprises les dernières semaines précédant son entrée aux G._____.

Conscience morbide est présente. Capacité d'introspection est limitée. Pas de sym. [symptôme] De la lignée psychotique. ».

Interpellé par l'OAI, B._____ Sàrl a indiqué dans un rapport du 13 juin 2012 que l'assuré réalisait un salaire mensuel de 3'725 fr. depuis le 1^{er} janvier 2011 et que son salaire mensuel brut sans atteinte à la santé se serait élevé à 4'114 francs. Il y était en outre mentionné que le contrat de travail avait été résilié par l'employeur car il « n'était plus possible de garder l'employé en raison de sa maladie » et que le handicap visuel de l'intéressé « était aussi un problème ».

L'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (ci-après : SMR). Dans son rapport du 18 juillet 2012, le Dr B._____, spécialiste en néphrologie, a retenu comme atteintes principales à la santé un trouble schizo-affectif avec épisode dépressif moyen, un trouble du comportement avec une dépendance à l'alcool et un retard mental léger. Il a fait état d'une incapacité de travail totale de l'intéressé depuis le 19 mai 2011 dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée et a décrit les limitations fonctionnelles suivantes : « troubles de l'adaptation sociale, altération des fonctions cognitives, vulnérabilité au stress, troubles du comportement agressif ». A l'appui de ses conclusions, ce praticien a exposé ce qui suit :

« Une ITT [incapacité totale de travail] est déclarée dès le 19.05.2011 en raison d'une atteinte à la santé d'ordre psychiatrique avec dépendance à l'alcool. Dans le contexte d'alcoolisation, il est noté deux hospitalisations à [...], un séjour à [...] du 19.05 au 07.07.2011 date de son entrée à la Fondation G._____ à [...] jusqu'à ce jour.

Nous disposons de plusieurs rapports médicaux établis successivement par le médecin traitant et par chacun des médecins psychiatres en charge de l'assuré

- d'une part le Dr J._____ Psychiatre qui atteste un trouble schizo-affectif avec épisode dépressif moyen (F31.3), un trouble du comportement avec une dépendance à l'alcool (F10.25 et F10.74) ainsi qu'un retard mental léger (F70.1). Compte tenu des sérieuses LF [limitations fonctionnelles] mentales vis-à-vis de l'insertion socio-professionnelle l'IT [incapacité de travail] est jugée « *actuellement totale et ce pour les années à venir sans mesures de réinsertion envisageables* » (RM [rapport médical] 03.04.2012). La Dre[sse] D._____ Médecine générale réaffirme ces diagnostics ainsi que le pronostic

réservé ne laissant entrevoir qu'une activité non anxiogène en milieu protégé. (RM 03.04.2012)

- d'autre part le Dr N. _____ Psychiatre FMH, quant à lui, ne retient qu'un trouble dépressif moyen à sévère (F32.1) à côté de la forte dépendance à l'alcool dans un contexte de retard mental léger. Le pronostic est en conséquence plus nuancé : si le caractère occupationnel d'une activité en milieu protégé est le seul exigible actuellement depuis le 19.05.2011, la poursuite de la prise en charge psychiatrique dans un encadrement institutionnel laisserait envisager une augmentation de la CT [capacité de travail] (RM 13.05.2011)

En conclusion : **une CT exigible nulle pour toute activité est retenue dès le 19.05.2011** et, compte tenu de la divergence des appréciations des deux psychiatres quant à l'évolution, **une révision d'office est à programmer dans 1 an soit en juin 2013** ».

Invité par l'OAI à indiquer si l'alcoolisme de l'assuré était un alcoolisme primaire, le Dr B. _____ du SMR a précisé son rapport précité le 7 janvier 2013 en indiquant, s'agissant des diagnostics posés par les Drs J. _____ et N. _____ : « A défaut de ne pas avoir d'arguments justifiant la réalisation d'un examen clinique psychiatrique au SMR, il n'y a pas lieu de s'écarter de ces diagnostics : il ne s'agit donc pas d'un alcoolisme primaire ».

Par communication du 11 janvier 2013, l'OAI a signifié à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible en raison de son état de santé.

Par ordonnance de mesures d'extrême urgence du 10 avril 2013, le Juge de paix du district de Lausanne a notamment institué une curatelle provisoire d'accompagnement, de gestion et de représentation en faveur de l'assuré et nommé une curatrice provisoire.

Dans son avis du 24 juin 2013, le Dr B. _____ a relevé la nécessité de réaliser un examen clinique psychiatrique au SMR afin de déterminer l'éventuelle prépondérance de la dépendance à l'alcool dans l'atteinte à la santé d'ordre psychiatrique chez l'assuré.

Le 28 juin 2013, l'assuré a été placé en long séjour à l'EMS (établissement médico-social) [...], à [...].

Le 14 octobre 2013, l'assuré a subi un examen clinique psychiatrique réalisé par le Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au SMR. Dans son rapport y relatif du 29 octobre 2013, ce praticien a indiqué ce qui suit :

« **DIAGNOSTICS**

- **avec répercussion durable sur la capacité de travail**
 - AUCUN DIAGNOSTIC SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE.
- **sans répercussion sur la capacité de travail**
 - TROUBLES MENTAUX ET TROUBLES DU COMPORTEMENT LIÉS À L'UTILISATION D'ALCOOL, ACTUELLEMENT ABSTINENT, MAIS DANS UN ENVIRONNEMENT PROTÉGÉ. F10.21.
 - TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT, ACTUELLEMENT EN RÉMISSION. F33.4
 - RETARD MENTAL LÉGER (ANAMNESTIQUE). F70.1.

APPRÉCIATION DU CAS

L'anamnèse psychiatrique permet de retenir un 1^{er} épisode dépressif en 2003, à l'époque, l'assuré séjournait au [...], et dans le contexte d'absence d'activité professionnelle, de relation sentimentale et d'argent, il a fait une tentative de suicide par balle, ayant comme conséquence une lésion du nerf optique, perte fonctionnelle, exotropie à D [droite].

2^{ème} épisode durant son séjour à [...], l'assuré a bénéficié d'un traitement de Cipralax®, introduit par le Dr N._____. Le traitement de Cipralax® a été introduit en juin 2011. Dans son rapport du 03.04.2012, le Dr J._____, psychiatre consultant à [...], transmet que le traitement antidépresseur était inefficace et à la place, il avait introduit un traitement d'Abilify® 10 mg, neuroleptique de 3^{ème} génération, rôle antidépresseur, thymostabilisateur.

Ainsi, les épisodes de 2003 et 2011 entrent dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent, dont l'intensité, d'après l'examen psychiatrique de ce jour au SMR, est actuellement en rémission. En ce sens, une répercussion sur la capacité de travail n'est pas retenue.

En ce qui concerne le trouble affectif bipolaire retenu par le Dr J._____, le rapport du 03.04.2012 dont il transmet des périodes d'excitation et de dépression, les périodes d'excitation ne sont pas séparées de la perte de contrôle de la consommation d'alcool. Ainsi, les troubles du comportement qu'a présenté l'assuré, la mise sous curatelle, peuvent s'expliquer par la consommation abusive d'alcool et non par une phase d'euphorie ou d'excitation, liée à un trouble bipolaire, en interaction avec le retard mental léger.

Pour ce motif, je m'éloigne des conclusions du Dr J._____, en ce qui concerne la présence d'un trouble affectif bipolaire.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, d'après l'anamnèse, dans un 1^{er} temps, peut être considérée comme étant primaire. Par

contre, en 2003, la consommation d'alcool est secondaire à une symptomatologie dépressive, à l'origine d'une tentative de suicide par arme à feu.

Ensuite, l'assuré a travaillé avec sa sœur dans une entreprise de nettoyage pendant 10-11 ans (d'après l'anamnèse professionnelle) et habitant dans un studio, à nouveau, se sentant seul, dans un 1^{er} temps, il fera des abus d'alcool. Ceci aurait été transmis à sa sœur par ses collègues, à l'origine de conflits avec ses collègues et sa sœur. L'assuré sera hospitalisé pour un sevrage d'alcool dans un 1^{er} temps en septembre 2010 au [...], puis une 2^{ème} fois le 29.04.2011. Suite à la 2^{ème} hospitalisation, à sa sortie le 19.05.2011, l'assuré va séjourner à la Fondation [...] à [...], puis à partir du 07.11.2011 à la Fondation G. _____. Ensuite, l'assuré est placé dans un EMS [...], étant sous curatelle.

En conclusion, à partir de septembre 2010, les abus d'alcool peuvent être considérés comme étant primaires, c'est-à-dire secondaire[s] à des difficultés socioprofessionnelles et non à une maladie psychiatrique.

Abstinent en milieu protégé à partir du 29.04.2011, l'assuré a présenté une symptomatologie dépressive pour laquelle il a reçu un traitement de Cipralax® au mois de juin 2011, sans qu'une modification de l'épisode ait lieu, d'après le rapport médical du mois d'avril 2012 du Dr J. _____.

Dans ce sens, la symptomatologie dépressive présentée par l'assuré est le résultat de l'abstinence à l'alcool et d'après l'examen au SMR, la durée de l'épisode n'est pas une durée suffisante pour retenir une incapacité de travail.

En ce qui concerne la présence de séquelles cognitives dues à la consommation d'alcool, en utilisant les items correspondant du MMS [mini mental state], les troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire d'évocation immédiate (mémoire de travail) ne sont pas mis en évidence. Dans ce sens, je m'éloigne du déficit cognitif dû à la consommation d'alcool, transmis par le Dr J. _____ dans son rapport du 03.04.2012.

L'examen psychiatrique au SMR ne permet pas de constater une symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse. Les séquelles cognitives n'ont pas été mises en évidence, d'après les items correspond[ant] du MMS. Les critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensée ne sont pas observés.

Limitations fonctionnelles

Sur le plan psychiatrique, il n'y a aucune limitation fonctionnelle.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Sur le plan psychiatrique, d'après la jurisprudence concernant l'alcoolisme, étant donné qu'elle est considérée comme étant primaire, une incapacité de travail ne peut pas être retenue.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE OU DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100%
DEPUIS : 2004 ».

Il est mentionné notamment ce qui suit dans le rapport du 11 novembre 2013 du Dr B. _____ du SMR :

« Compte tenu de la divergence des appréciations des deux psychiatres [ndr : les Drs J. _____ et N. _____], et après discussion avec le juriste il est décidé de convoquer l'assuré au SMR pour un examen clinique psychiatrique. Le RM du Dr O. _____ du 29.10.2013 fait état d'un alcoolisme primaire responsable d'une incapacité de travail qui ne peut être retenue au regard de la jurisprudence actuelle. S'il n'y a aucune atteinte psychiatrique ni LF de cet ordre, les troubles constatés sont considérés sans répercussion sur la CT. En conséquence, la CT exigible est de entière (sic) pour l'activité habituelle ou une activité adaptée et ce depuis 2004.

Conclusion : l'appréciation du psychiatre examinateur du SMR est retenue sans autre ».

Dans un projet de décision du 18 novembre 2013, l'OAI a décidé de ne pas octroyer de prestations en faveur de l'assuré, selon la motivation suivante :

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

Suite à l'examen clinique psychiatrique réalisé auprès du Service Médical Régional en date du 14 octobre 2013, il ressort que votre incapacité de gain est due avant tout à votre alcoolisme et nous ne sommes pas en présence d'une invalidité au sens de la loi. ».

Le 27 novembre 2013, la Justice de paix du district de Lausanne a institué une curatelle de portée générale en faveur de l'assuré.

Le 26 mars 2014, sous la plume de sa curatrice, l'assuré a adressé à l'OAI des objections au projet de décision susmentionné et produit un rapport du 10 mars 2014 du Dr W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie assurant sa prise en charge depuis le 8 novembre 2013, rédigé en ces termes :

« En effet, ayant pris connaissance du cas de Monsieur M. _____, j'ai été étonné du refus de prestations de l'AI, qu'il a reçu le 18

novembre 2013, étant donné les polycormobidités (sic) psychiatriques relativement lourdes du cas.

Effectivement, les Drs V._____ et Q._____ du Centre des expertises du DP [Département de psychiatrie] Centre hospitalier K._____ ont effectué une expertise psychiatrique en date du 11 octobre 2013, soit quelques semaines avant la décision de refus de l'AI, destinée à la Justice de paix de Lausanne et dans laquelle les experts font état de multiples comorbidités psychiatriques du patient, soit un syndrome de dépendance à l'alcool, abstinant dans un environnement protégé (F10.21 du CM-10), retard mental léger (F70) et épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F32.01), ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité à trait anxieux et dépendant (F61.0).

Je suis d'accord avec les diagnostics des experts qui dénotent, par ailleurs, que les troubles que Monsieur M._____ présente « *sont de nature à perturber la gestion administrative et financière de ses affaires, allant de la gestion courante jusqu'au[x] décisions en lien avec le patrimoine* » et qu' « *en raison de ces différents troubles, l'expertisé a besoin d'une assistance permanente et qui présente un danger pour lui-même.* »

En effet, j'ai pu me rendre compte, lors des examens cliniques effectués durant les rencontres suivantes avec Monsieur M._____, soit le 10 décembre 2013 et le 28 janvier 2014, qu'il présentait un déficit cognitif cliniquement significatif, avec un score de MMSE [mini mental state examination] de 24 sur 30, lié en partie au retard mental (avec un QI [quotient intellectuel] à 69 selon l'expertise précitée) et probablement aggravé par une consommation chronique d'alcool qui actuellement se trouve contenue dans le cadre de l'EMS. La question d'un diagnostic différentiel d'encéphalopathie d'origine hépatique se pose également, mais qui ne change fondamentalement pas le constat quant au degré de fonctionnement psychique de Monsieur M._____.

Devant l'évidence de la chronicité des troubles cognitifs, malgré une abstinence à l'alcool dans un environnement protégé, je considère que Monsieur M._____ n'est pas apte au travail à 100%, pour des raisons médicales et, par conséquent, une entrée en matière de l'AI pour une réévaluation du cas me semble pertinente. ».

Dans ses objections, l'assuré a exposé à l'OAI que le Dr W._____ s'accordait avec l'avis des différents experts sur le besoin d'assistance permanente et soulevait, dans tous les cas, un trouble mixte de la personnalité à trait anxieux et dépendant ainsi qu'un léger retard mental. Il a indiqué qu'il s'agissait d'un déficit cognitif significatif dans le sens où ce déficit était présent malgré une éventuelle abstinence à l'alcool, relevant qu'il savait se montrer abstinant ou du moins contrôler sa consommation lorsqu'il se trouvait en milieu institutionnel. L'intéressé a ainsi expliqué que sa demande de prestations AI ne se fondait pas sur une

éventuelle incapacité de gain liée à la consommation d'alcool mais bien sur ledit trouble mixte de la personnalité, ayant conduit à un épisode dépressif avec syndrome somatique, ainsi qu'à un état anxieux et dépendant qui le rendait incapable d'assurer ses gains.

Le Dr T. _____ du SMR a indiqué ce qui suit dans son rapport du 15 avril 2014 :

« Notre décision est basée sur un examen clinique psychiatrique qui a été réalisé au SMR le 29 octobre 2013. Cet examen ne retient pas de comorbidité psychiatrique ayant une répercussion sur la CT et conclut à un alcoolisme primaire avec une pleine capacité de travail. Nous avons lu avec attention le dernier rapport médical du Dr W. _____ du 10 mars 2014 qui motive l'opposition de l'assuré. Ce rapport s'appuie sur l'expertise réalisée au Centre hospitalier K. _____ pour la Justice de paix par les Drs V. _____ et Q. _____ en date du 11 octobre 2013 mais se contente de lister les diagnostics retenus par les experts sans autre argumentation. Elle mentionne les diagnostics psychiatriques déjà connus mais ajoute celui de trouble mixte de la personnalité à traits anxieux et dépendants (F61.0) qui semble nouveau. Cette expertise n'était pas connue du psychiatre SMR au moment de son examen en octobre 2013. Il ne nous est toutefois pas possible de statuer objectivement sur une simple liste de diagnostics non argumentés. En conséquence nous avons besoin de nous procurer l'expertise mentionnée complète pour pouvoir donner un avis éclairé concernant un éventuel nouveau diagnostic à considérer. ».

Le 12 décembre 2014, l'assuré, par sa curatrice, a transmis à l'OAI le rapport d'expertise du 11 octobre 2013 des Drs V. _____ et Q. _____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie au Département de psychiatrie du Centre hospitalier K. _____. Cette expertise avait été ordonnée par la Justice de paix du district de Lausanne dans le cadre de l'enquête en institution de curatelle de portée générale et de placement à des fins d'assistance ouverte contre l'intéressé. Ces praticiens ont retenu les diagnostics psychiatriques de syndrome de dépendance à l'alcool « actuellement abstinent mais dans un milieu protégé », de retard mental léger (QIT [quotient intellectuel total] de 69), d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique et de trouble mixte de la personnalité à traits anxieux et dépendants. Ils en ont déduit que la capacité de l'intéressé à gérer ses affaires administratives et financières

de manière à préserver ses intérêts sur le long terme se trouvait compromise. Ils ont en outre exposé ce qui suit :

« DISCUSSION

Au terme de notre investigation, nous pouvons conclure que Monsieur M._____ présente trois troubles psychiatriques chroniques. Tout d'abord, au vu de l'insuffisance des fonctions cognitives, du langage et des performances sociales, des capacités adaptatives réduites et du résultat de l'examen d'efficience intellectuelle avec un QI à 69, nous retenons un retard mental léger. L'échelle utilisée lors de l'examen (WAIS-IV) mesure la capacité de l'expertisé à utiliser son potentiel dans une situation donnée, sans que ses difficultés liées à la langue n'affectent le résultat. La qualification du retard mental comme léger rend compte de la maîtrise suffisante de la langue pour converser et participer à l'entretien clinique, de l'autonomie complète en ce qui concerne les besoins quotidiens (alimentation, toilette, habillage) et les tâches pratiques et domestiques, et des difficultés d'apprentissage de la lecture et de l'écriture. C'est dans les tâches plus complexes, surtout celles qui nécessitent la prise en compte de plusieurs paramètres en même temps, le raisonnement sur des notions abstraites et la planification des étapes, que le retard mental léger se trouve à l'origine de difficultés manifestes.

Ensuite, Monsieur M._____ présente un trouble mixte de la personnalité, tel qu'en témoignent les perturbations durables de son affectivité, de sa manière de percevoir ou de penser et de son mode de relation à autrui. Ces perturbations se retrouvent dans des situations personnelles et sociales très variées, selon l'anamnèse de l'expertisé depuis son adolescence, et occasionnent une souffrance personnelle considérable avec une dégradation du fonctionnement professionnel et social. Nous pouvons à ce propos retenir des traits de personnalité dépendante caractérisés par le fait d'autoriser ou d'encourager les autres à prendre la plupart des décisions importantes de la vie à sa place, une réticence à faire des demandes, même justifiées, aux personnes dont il dépend et une capacité réduite à prendre des décisions dans la vie quotidienne sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui. Nous retenons également des traits de personnalité anxieuse caractérisés par une perception de soi comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres, une restriction du style de vie résultant du besoin de sécurité et un évitement des activités sociales ou professionnelles impliquant des contacts importants avec autrui, de peur d'être critiqué, désavoué ou rejeté.

Finalement, Monsieur M._____ présente une consommation problématique d'alcool depuis près de vingt-cinq ans, se péjorant à présent depuis 2008 en lien, selon les dires de l'expertisé, avec un conflit chronique avec sa demi-sœur aînée. Cette consommation a entraîné des conséquences sociales importantes avec une impossibilité de s'investir dans une relation sentimentale et un licenciement professionnel en 2012. Par ailleurs, des conséquences somatiques apparaissent dès 2011, avec des chutes à répétition et des troubles hépatiques et pancréatiques ayant engagé le pronostic

vital de l'expertisé. Malgré différents séjours institutionnels, Monsieur M._____ n'a pas pu maintenir pour le moins une consommation contrôlée, présentant de graves rechutes une fois retourné à son domicile. Ni les différents suivis thérapeutiques et occupationnels proposés, ni un encadrement serré par la demi-sœur de l'expertisé, n'ont permis d'éviter ces rechutes, se montrant incapable de coopérer de son propre chef à un traitement approprié. Monsieur M._____ a poursuivi sa consommation d'alcool aux prises avec un désir compulsif de consommer sitôt qu'il se retrouve seul à domicile, perdant le contrôle de sa consommation. Face à ce tableau, nous retenons donc un syndrome de dépendance à l'alcool.

Par ailleurs se surajoute le tableau aigu d'un épisode dépressif léger au vu de la présence au cours de notre investigation d'une humeur déprimée, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir et d'une perturbation du sommeil.

(...) ».

Dans son rapport du 15 avril 2015, le Dr T._____ du SMR a exposé ce qui suit :

« Notre décision est basée sur un examen clinique psychiatrique qui a été réalisé au SMR le 29 octobre 2013 par le Dr O._____, psychiatre FMH. L'expert ne retient pas de comorbidité psychiatrique ayant une répercussion sur la CT, il ne relève ni symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse. Les critères nécessaires pour retenir un trouble de la personnalité décompensée ne sont pas présents. L'alcoolisme est considéré comme primaire et non pas la conséquence d'une comorbidité psychiatrique. L'opposition de l'assuré est étayée par un rapport médical du Dr W._____ (10 mars 2014) qui repose sur une expertise du Centre hospitalier K._____. Nous avons lu avec attention l'expertise réalisée au Centre hospitalier K._____ pour la Justice de paix par les Drs V._____ et Q._____ en date du 11 octobre 2013. Cette expertise retient les mêmes diagnostics que l'examen du SMR avec en plus un trouble mixte de la personnalité à traits anxieux et dépendants F61. Par ailleurs les experts répondant à des questions précises de la Justice de Paix ne s'expriment ni sur la répercussion éventuelle du trouble de la personnalité retenu sur la CT ni sur le caractère primaire ou secondaire de l'alcoolisme. Ils reconnaissent une dépendance à l'alcool depuis 25 ans qui a eu des répercussions socioprofessionnelles pour l'assuré et perturbent son autonomie.

En synthèse après une lecture attentive de l'expertise du Centre hospitalier K._____ nous considérons qu'elle ne remet pas en cause les conclusions de l'examen psychiatrique du SMR du 29.10.2013, ne se prononçant ni sur la CT de l'assuré ni sur le caractère primaire ou secondaire de l'alcoolisme observé. Le fait de retenir ou non le diagnostic de trouble de la personnalité n'est pour nous pas déterminant et ne modifierait pas les conclusions retenues. En effet si ce trouble existe il était déjà présent et n'a pas empêché l'assuré d'accomplir son service militaire et d'être gradé ni de travailler durant toute une période. De plus durant l'examen au SMR

aucun signe de décompensation d'un trouble de la personnalité n'a été observé. Le problème majeur de l'assuré reste bien celui d'un alcoolisme primaire qui provoque des conséquences personnelles et socio-professionnelles importantes mais qui selon la jurisprudence ne permet pas de retenir une incapacité de travail comme conséquence. ».

Par décision du 20 avril 2015, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 18 novembre 2013 refusant d'octroyer des prestations en faveur de l'assuré. Cette décision était annexée à un courrier de cet office à la curatrice de l'assuré, rédigé en ces termes :

« Afin d'examiner vos griefs, nous les avons soumis au Service Médical Régional (SMR). Celui-ci a également requis la production de l'expertise psychiatrique réalisée par le département de psychiatrie de [...] pour compléter le dossier.

En annexe, nous vous remettons une copie de l'avis du SMR daté du 15 avril 2015 qui explique les raisons pour lesquelles il maintient sa position, à savoir que c'est l'alcoolisme primaire qui est déterminant.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration recueille des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré et, si nécessaire, fait procéder à des expertises médicales. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles (sic) types d'activités elle est capable de travailler.

En date du 14 octobre 2014, M. M. _____ a été examiné par un psychiatre auprès du SMR.

Il ressort de l'examen clinique du SMR qu'il n'y a aucune atteinte psychiatrique invalidante au sens de l'AI et que c'est l'alcoolisme primaire qui est responsable d'une incapacité de travail.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les constatations émanant des médecins consultés doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Dès lors, en cas d'avis médicaux contradictoires, l'avis du spécialiste, respectivement de l'expert, doit en principe l'emporter sur l'avis du médecin traitant / des médecins consultés, pour autant qu'il ait pleine valeur probante et que l'avis du médecin traitant / des médecins consultés ne soit pas de nature à mettre en doute ses conclusions (ATF 125 V 350 spéc. cons. 3b/cc p. 353 et la jurisprudence citée ; VSI 2000 p. 154 et 2001 p. 106 ; RCC 1988 pp. 504 ss).

L'examen clinique du SMR se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cet examen a dès lors pleine valeur probante.

S'agissant de l'alcoolisme, il n'est en tant que tel pas considéré comme une atteinte à la santé invalidante au sens de l'Al. Conformément à la jurisprudence, la dépendance entre en ligne de compte uniquement lorsqu'elle est à l'origine d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique diminuant la capacité de gain, ou lorsqu'elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant un caractère de maladie (ATF 99 V 28 cons. 2 ; VSI 1996 p. 319 cons. 2a, 321 cons. 1 a et 325 cons. 1a).

Selon les renseignements médicaux en notre possession, votre pupille ne présente aucune atteinte à la santé invalidante qui soit la cause ou la conséquence de son alcoolisme.

A vu de ce qui précède, vos contestations du 19 décembre 2013 et du 26 mars 2014 ne nous apportent aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 18 novembre 2013 est fondé et doit être entièrement confirmé. ».

B. Par acte du 20 mai 2015, M._____, représenté par Me Florence Bourqui, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il a exposé que les avis du Dr W._____ et des auteurs de l'expertise du 11 octobre 2013, divergents de celui du SMR, auraient dû amener l'intimé à poursuivre ses investigations quant à sa réelle capacité de travail dès lors que l'expertise précitée faisait état d'un quotient intellectuel de 69 seulement et indiquait que ce retard le rendait incapable de gérer des tâches autres que les activités domestiques quotidiennes. Il a également relevé que le trouble mixte de la personnalité à traits anxieux et dépendants diagnostiqué par les Drs V._____ et Q._____ impactait sa capacité de travail. Il a enfin indiqué que l'intimé avait négligé la problématique de sa lésion oculaire à l'œil droit.

Le 6 juillet 2015, le recourant a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 9 juillet 2015, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 20 mai 2015, dans la mesure d'une exonération des frais judiciaires et des avances de

ceux-ci, ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Florence Bourqui.

Dans sa réponse du 27 août 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 20 avril 2015. Il a relevé que le SMR avait pris en compte l'expertise du 11 octobre 2013, dont les constatations n'étaient pas de nature à modifier sa position dès lors que les Drs V. _____ et Q. _____ retenaient les mêmes diagnostics que ceux posés par le Dr O. _____, à l'exception d'un trouble mixte de la personnalité à traits anxieux et dépendants qui n'était à son sens pas déterminant car l'intéressé n'avait pas été empêché de travailler pendant plusieurs années. S'agissant de la problématique du quotient intellectuel, l'intimé a exposé que les médecins du SMR avaient perçu un retard mental léger chez le recourant qu'ils ont toutefois considéré comme n'ayant aucune influence sur la capacité de travail, des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire à évocation immédiate (soit celle de travail) n'ayant pas été mis en évidence. Quant à la lésion oculaire de l'œil droit, il a relevé que les médecins du SMR en avaient tenu compte, mais n'en ont pas déduit qu'elle jouait un rôle au regard de la capacité de travail.

Par réplique du 14 septembre 2015, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a rappelé que l'avis du Dr O. _____ du SMR n'était pas cohérent avec les autres éléments du dossier dans la mesure où les rapports des 18 juillet 2012 et 7 janvier 2013 du Dr B. _____ du SMR, l'expertise des Drs V. _____ et Q. _____ du 11 octobre 2013 et le rapport du Dr W. _____ du 10 mars 2014 tendaient à considérer ses problèmes d'alcool comme étant secondaires aux autres troubles dont il souffrait. Il a encore relevé que même le Dr O. _____ avait reconnu un caractère secondaire à son alcoolisme dans le cadre de sa tentative de suicide de 2003.

Dans sa duplique du 6 octobre 2015, l'intimé a confirmé les conclusions de sa réponse.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé à nier le droit du recourant à des prestations de l'AI.

3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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

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_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2). 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 les références citées ; *cf.* également TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 et TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

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 consid. 3).

b) En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont

induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage ; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.3 ; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3 et les références citées).

c) L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4 ; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4).

5. Il est admis que la quantification exacte du quotient intellectuel (QI) peut avoir un caractère invalidant (TFA I 642/04 du 6 décembre 2005 consid. 3.2 et les références citées). Ainsi, selon le chiffre 1011 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (CIIAI) édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), toute diminution des facultés intellectuelles (oligophrénie, imbécillité, idiotie, démence) doit être quantifiée au moyen de séries de

tests adéquats. Un quotient intellectuel inférieur à 70 s'accompagne en règle générale d'une capacité de travail réduite ; il est toutefois nécessaire de procéder dans chaque cas à une description objective des conséquences sur le comportement, l'activité professionnelle, les actes ordinaires de la vie et l'environnement social. La nécessité d'un tel examen dans chaque cas particulier a du reste été confirmée par la jurisprudence fédérale (TF 9C_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 6.2).

6. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (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 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

b) De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du

dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) Selon l'art. 43 al. 1 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. 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 (art. 43 al. 2 LPGA). 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 (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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou

sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4).

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

7. En l'espèce, se fondant sur les conclusions de l'examen clinique psychiatrique réalisé par le Dr O._____ du SMR, l'intimé a considéré que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité, relevant que l'absence d'activité professionnelle de l'intéressé était avant tout liée à son alcoolisme qui a été considéré comme primaire par ce praticien. Le recourant soutient quant à lui que les conclusions divergentes de l'expertise du 11 octobre 2013 des

Drs V._____ et Q._____, et celles du Dr W._____ du 10 mars 2014, auraient dû amener l'intimé à procéder à un complément d'instruction.

Après examen des pièces au dossier, il apparaît que les conclusions de tous les praticiens ayant examiné le recourant divergent de celles du Dr O._____. En effet, les Drs D._____, spécialiste en médecine interne générale, J._____ et N._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, ont diagnostiqué chez le recourant, avec effet sur sa capacité de travail, un épisode dépressif d'intensité moyenne, un retard mental léger et une dépendance à l'alcool. Ils ont fait état d'importants troubles cognitifs en lien avec la dépendance alcoolique et affectant sa capacité de travail, la Dresse D._____ ayant relevé qu'en raison de ses fonctions cognitives diminuées, le recourant était rapidement dépassé et avait des difficultés à effectuer des nouvelles tâches et le Dr J._____ ayant exposé qu'il avait du mal à assumer le travail et à se concentrer, remarquant en outre une « baisse marquée des fonctions cognitives » empêchant l'intéressé d'assumer un travail. Quant au Dr N._____, il a indiqué que le cours de la pensée était ralenti, ce qui était en partie dû à son retard mental léger. Dans son avis du 18 juillet 2012, le Dr B._____ du SMR a également retenu ces diagnostics et en a déduit une incapacité de travail totale dans toute activité. Les Drs V._____ et Q._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie mandatés par l'Autorité de protection de l'adulte, ont aussi posé les diagnostics de dépendance à l'alcool, de retard mental léger (avec un QI de 69) et d'épisode dépressif léger, ajoutant celui de trouble mixte de la personnalité à traits anxieux et dépendants, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressé dès lors que tel n'était pas l'objet de leur mandat. Ils ont toutefois relevé que ces troubles compromettaient sa capacité à gérer ses affaires administratives et financières. S'agissant du retard mental léger en particulier, ils ont indiqué qu'il se trouvait à l'origine de difficultés manifestes dans les tâches plus complexes que celles concernant les besoins quotidiens, pratiques et domestiques, soit « surtout celles qui nécessitent la prise en compte de plusieurs paramètres en même temps, le raisonnement sur des notions abstraites et la planification des étapes ». Les diagnostics posés par ces deux experts

ont été confirmés par le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui considère que le recourant présente « un déficit cognitif cliniquement significatif » lié en partie au retard mental et « probablement aggravé par une consommation chronique d'alcool » et que devant « l'évidence de la chronicité des troubles cognitifs », l'intéressé n'« est pas apte au travail à 100% ».

On constate ainsi que seul le Dr O._____ du SMR, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, considère dans son rapport du 29 octobre 2013 que les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, de troubles dépressif récurrent et de retard mental léger sont sans répercussion sur la capacité de travail.

S'agissant de la problématique de la dépendance à l'alcool, l'appréciation de ce praticien paraît peu claire. Si le fait qu'il n'ait pas retenu d'incapacité de travail en lien avec cette affection plaide en faveur d'un alcoolisme primaire, son appréciation du cas est équivoque : il le considère dans un premier temps comme primaire, puis le qualifie, pour 2003, de « secondaire à une symptomatologie dépressive, à l'origine d'une tentative de suicide par arme à feu » et le désigne à partir de septembre 2010 comme étant primaire, « c'est-à-dire secondaire à des difficultés professionnelles et non à une maladie psychiatrique ». L'appréciation du Dr O._____ de l'alcoolisme du recourant apparaît ainsi contradictoire alors que les Drs D._____, J._____ et N._____ ont tous conclu à un alcoolisme secondaire dès lors qu'ils ont retenu que ce diagnostic impactait la capacité de travail. Interpellé par l'intimé afin de préciser cette question, le Dr B._____ du SMR a considéré dans son rapport du 7 janvier 2013 qu'il ne s'agissait pas d'un alcoolisme primaire.

Quant aux troubles cognitifs, le Dr O._____ n'a pas relevé de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire d'évocation immédiate. Cette constatation est en contradiction avec ce qu'ont relevé les Drs D._____, J._____, V._____, Q._____ et W._____ à cet égard, tel que relaté ci-dessus. Si les Drs V._____ et Q._____ n'avaient pas à se prononcer sur la capacité de travail, il n'en demeure pas moins

qu'ils ont exposé, à l'instar des autres praticiens, que les troubles cognitifs du recourant avaient des conséquences importantes.

On constate encore que la problématique du quotient intellectuel du recourant, inférieur à 70, n'a pas été investiguée par l'intimé, alors qu'une telle quantification s'accompagne en règle générale d'une capacité de travail réduite, étant précisé qu'il est nécessaire de procéder dans chaque cas à une description objective des conséquences sur le comportement, l'activité professionnelle, les actes ordinaires de la vie et l'environnement social (*cf. supra* consid. 5). Au vu de ce que les Drs V._____ et Q._____ ont indiqué sur cette problématique, il se justifiait de procéder à des investigations à cet égard.

Compte tenu de ce qui précède, les éléments au dossier ne sont pas suffisamment concordants pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. L'intimé s'est en effet prononcé sur la base d'un dossier incomplet et comportant des contradictions, en s'abstenant de procéder à des mesures d'instruction en vue de trancher objectivement les avis médicaux discordants au dossier et d'analyser l'impact du déficit intellectuel du recourant sur sa capacité de travail. Dès lors que la décision litigieuse s'appuie exclusivement sur l'appréciation du Dr O._____ du SMR et que les avis divergents des Drs D._____, J._____, N._____, V._____, Q._____ et W._____, auxquels on peut également attribuer un caractère probant, laissent subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il appartiendra dès lors à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA sur les plans psychiatrique et neuropsychiatrique. Cela fait, il lui incombera ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 2'500 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de la cause, lesquels seront mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

d) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'occurrence, le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 20 avril 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. _____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Florence Bourqui (pour M. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :