

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 octobre 2017

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Berberat, juge et M. Monod, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

N._____, à **O.**_____, recourant, représenté par Syndicom, à Berne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Ressortissant italien, né en 1959, N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), divorcé, père de trois enfants adultes, est titulaire d'une autorisation d'établissement (permis C). Au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de confiseur-pâtissier-glacier obtenu en 1978, il a œuvré dès le 1^{er} septembre 1984 pour le compte de T._____ en tant que collaborateur de distribution (facteur). Ayant présenté une incapacité de travail totale dès le 3 février 2011 en raison de douleurs cervicales, musculaires et d'une fatigue, il a repris l'exercice de son activité à 25% au mois de juillet 2011, travaillant en début de matinée exclusivement au tri du courrier.

Le 23 juin 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Dans un rapport médical du 26 août 2011 sur formulaire ad hoc à l'intention de l'office AI, le Dr Y._____, médecin traitant, a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de discite cervicale basse. Il a considéré que la capacité de travail était de 25% dans un travail léger.

Ayant réinterrogé le Dr Y._____ en date du 4 novembre 2011, le Dr S._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a constaté dans un avis médical du 12 décembre 2011 que les réponses apportées étaient peu informatives. Le Dr Y._____ ne faisait état d'aucun status médical de son patient et parlait d'amélioration de la capacité de travail depuis son avis de fin août 2011 sans la quantifier. Il évoquait en outre des limitations fonctionnelles inconstantes selon les douleurs et les mouvements. Selon le Dr S._____, il convenait de conseiller à l'assuré de prendre rendez-vous avec un rhumatologue, auquel pourrait être demandé la rédaction d'un rapport médical contenant

la description du status, l'énoncé des limitations fonctionnelles retenues ainsi qu'une évaluation de la capacité de travail.

Le Dr Y. _____ a adressé son patient à la Dresse X. _____, spécialiste en rhumatologie et médecin-chef au Centre thermal Z. _____, que cette dernière a vu pour la première fois en date du 31 janvier 2012. Dans un rapport du 18 février 2012 adressé à l'office AI, elle a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de douleurs cervico-dorso-lombaires. Elle a estimé que l'incapacité de travail dans la profession de « facteur à mobylette » était de 18 à 20% et indiquait attendre la fin du traitement avant de se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. La Dresse X. _____ a joint à son rapport un courrier daté du 9 février 2012 au Dr Y. _____, dans lequel elle concluait à une « importante discordance entre les données de l'examen clinique, le degré de souffrance et les signes radiologiques, scannographiques et IRM très pauvres » et proposait « des séances de physiothérapie à sec et en piscine, pour l'instant au niveau du rachis et pour la hanche droite » afin de tenter d'améliorer le contexte algique.

Dans un rapport médical du 24 octobre 2012, la Dresse X. _____ a posé le diagnostic incapacitant de syndrome douloureux diffus à prédominance rachidienne d'étiologie indéterminée. S'agissant de la capacité de travail, elle a relevé que le patient se disait dans l'incapacité d'assumer son activité professionnelle tout en exprimant le souhait de « passer » à son travail environ une heure par jour afin de garder le contact et l'aptitude. Elle a annexé à son rapport un courrier du 22 août 2012 au Dr Y. _____ dans lequel elle indiquait que les symptômes subjectifs demeuraient inchangés voire s'étaient aggravés. En revanche, l'examen clinique était pauvre et montrait toujours une raideur rachidienne importante aux niveaux cervical et lombaire avec des contractures para-vertébrales diffuses et des douleurs à la palpation de l'ensemble du rachis. Le bilan rhumatismal était négatif, aucune apnée du sommeil n'avait été confirmée et l'avis dermatologique n'avait pas révélé d'anomalie de même que l'examen pneumologique. Sous réserve d'examens ultérieurs dont la réalisation demeurait incertaine, la Dresse

X._____ concluait à l'existence d'une polyneuropathie axonale asymétrique, laquelle expliquait en grande partie, selon elle, les symptômes allégués par le patient.

Se déterminant sur les éléments médicaux recueillis, la Dresse G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, a fait remarquer dans un avis du 30 avril 2013 que, tout en relevant que le bilan rhumatologique effectué était totalement négatif de même que l'examen dermatologique ne permettait pas d'évoquer une maladie systémique, la Dresse X._____ ne se prononçait ni sur la capacité de travail ni sur les limitations fonctionnelles. Elle proposait en conséquence un examen rhumatologique dans le cadre du SMR ou une expertise rhumatologique en fonction des disponibilités.

Le 17 février 2014, un examen clinique rhumatologique a été pratiqué au SMR par les Drs V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et Q._____, spécialiste en rhumatologie. Dans leur rapport du 27 février 2014, ils ont exclu tout diagnostic affectant la capacité de travail, ne retenant que des rachialgies diffuses dans un contexte de légers troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire avec de minimes troubles statiques ainsi qu'une polyneuropathie axonale asymétrique débutante, tous deux sans effet sur la capacité de travail. Les médecins prénommés se sont exprimés en ces termes sous l'intitulé « appréciation du cas » :

« Monsieur N._____ travaille à T._____ depuis 1984 comme collaborateur de distribution. Il est en incapacité de travail totale depuis le 3 février 2011 avec une reprise à 25% depuis juillet 2011.

Monsieur N._____ présente depuis 2011 une symptomatologie algique de plus en plus forte et diffuse, une impression de dysphagie douloureuse le matin, une sensation de froideur distale et globale assez importante, des fourmillements à la partie distale des membres supérieurs. Son médecin traitant retient un diagnostic de discite cervicale basse dans un contexte de douleurs cervicales (rapport du Dr Y._____, médecin traitant, du 26 août 2011). La Dresse X._____, rhumatologue, ne confirme pas cette discite. Elle indique des douleurs cervico-dorso-lombaires dans un contexte de troubles dégénératifs débutants (rapports du 9 février 2012 et 15 février 2012). Elle relève une importante incohérence entre les données de l'examen clinique, le degré de souffrance et les signes

radiologiques, scannographiques et IRM très pauvres. Les investigations rhumatologiques supplémentaires permettent d'exclure un syndrome inflammatoire (rapport de la Dresse X. _____ du 22 août 2012). Une capillaroscopie effectuée par le Dr W. _____ le 13 juillet 2012 permet d'exclure un syndrome ou phénomène de Raynaud, pouvant expliquer les sensations de froid dans les mains. Un bilan neurologique effectué par le Dr D. _____ met en évidence une polyneuropathie axonale asymétrique débutante.

Le travail que l'assuré a repris à 25% depuis juillet 2011 a été adapté par l'employeur. C'est une activité légère limitée au tri de lettres. L'assuré dit que ce travail est difficile en raison d'un manque d'énergie et de douleurs diffuses.

Lors de l'examen de ce jour, Monsieur N. _____ insiste sur une fatigue généralisée, un manque de force et de souplesse globale. Il dit qu'il ne peut plus aller en avant. Il signale une intolérance au froid, des fourmillements touchant la partie distale des quatre membres, partiellement soulagés par des changements de positions, des sensations de décharges électriques de la cage thoracique, des épisodes de douleurs lombaires basses provoquant des blocages pendant 3-4 jours. Il signale en plus des brûlures touchant le rachis dorsal, les doigts, des douleurs de la nuque, du dos. Il finit par conclure qu'il a des douleurs dans tout le corps.

L'examen clinique, chez un assuré en bon état général, ne montre pas de troubles neurologiques moteurs. Il y a une légère diminution de la sensibilité vibratoire touchant de manière plus marquée le membre inférieur D (pallesthésie à 5/8) compatible avec la polyneuropathie débutante diagnostiquée par le Dr D. _____.

Sur le plan ostéoarticulaire, on constate des restrictions de la mobilité du rachis lombaire (inclinaison latérale de 4 cm à D et 9 cm à G), plus marquées en condition d'examen que lorsque l'assuré réalise des gestes spontanés par exemple lors du déshabillage puis de l'habillage. La mobilité de la nuque est également fluctuante avec des mouvements spontanés, amples lors de l'entretien, et une attitude statique, notamment lorsqu'il descend les escaliers ou lors de l'examen clinique (rotation de la tête de 55°). Il s'agit d'une participation incomplète à l'examen ; l'assuré n'a pas de syndrome rachidien que ce soit cervical ou lombaire. Le tonus de la musculature paralombaire droite est légèrement augmenté. A cela s'ajoutent de nombreuses douleurs myofasciales diffuses mais qui ne provoquent pas de restrictions dans les amplitudes articulaires des membres.

Sur le plan radiologique, le CT scan cervico-dorsal du 28 avril 2011 montre une diminution de la lordose cervicale de la colonne cervicale, une discrète scoliose dorsale, une uncarthrose débutante en C3-C4 D sans diminution du trou de conjugaison, une spondylose débutante en C4-C5 et de D5 à D9 avec formation de petits ostéophytes. De petits nodules de Schmorl sur les plateaux inférieurs des corps vertébraux de D8 à D11 sont une anomalie du développement, sans signification pathologique. Il n'y a pas de discite.

L'IRM sacro-iliaque du 30 juillet 2012 ne montre pas d'anomalie de cette articulation.

Le bilan radiologique du rachis complet effectué le 18 février 2014 montre à l'étage cervical un pincement discal modéré C5-C6 avec spondylarthrose et uncarthrose modérée prédominante en C5-C6. A l'étage dorsal, il y a une discrète scoliose à convexité droite sans tassement vertébral ni discopathie. A l'étage lombaire, il y a une arthrose légère des articulations facettaires en L5-S1.

L'examen de ce jour confirme les constatations de la Dresse X. _____ dans son rapport du 9 février 2012. Il y a une importante discordance entre les plaintes de l'assuré, les résultats de l'examen clinique et la pauvreté des constatations radiologiques. L'arthrose débutante de la colonne cervico-lombaire et les discrets troubles statiques n'expliquent pas l'étendue des douleurs alléguées par l'assuré. L'examen clinique montre principalement des autolimitations concernant la mobilité cervicale et lombaire dans le contexte de douleurs diffuses, avec une gestuelle spontanée normale. La raideur rachidienne importante relevée par la Dresse X. _____ dans ses rapports du 9 février 2012 et du 22 août 2012 est le résultat d'une participation incomplète de l'assuré à l'examen et non le résultat d'un blocage articulaire. Les investigations complémentaires effectuées en raison des douleurs diffuses, des paresthésies, de l'intolérance au froid, ont consisté en bilans rhumatologiques, hématologiques, dermatologiques, pneumologiques et neurologiques (rapport Dresse X. _____ du 22 août 2012). Ces évaluations ont donné des résultats dans les normes, à l'exception de discrets troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire (rapport Dresse X. _____ du 9 février 2012) et une légère neuropathie axonale strictement sensitive avec une motricité conservée.

Limitations fonctionnelles

La discrète atteinte dégénérative du rachis cervical ne justifie pas des limitations fonctionnelles durables. L'examen clinique montre des amplitudes articulaires conservées aux quatre membres, l'absence de troubles moteurs, un enraidissement de la colonne lombaire et cervicale inconstant qui n'apparaît plus dans certaines activités telles que l'habillage et le déshabillage. La légère neuropathie axonale est purement sensitive, sans atteinte de la motricité. Elle n'interfère pas avec la marche ni la motricité des mains.

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

Il n'y a pas d'incapacité de travail durable. Les douleurs diffuses et la fatigue qui ont été à l'origine de l'incapacité de travail à 100% à partir du 3 février 2011 (rapport du Dr Y. _____ du 26 août 2011) n'ont pas de substrat organique objectivable.

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

Il est resté stationnaire avec une exigibilité complète dans l'activité habituelle de collaborateur de distribution à T._____.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est complète dans l'activité habituelle. Cette activité est déjà adaptée à l'état de santé de l'assuré (description du poste de travail signé par le médecin de T._____ et daté du 30 septembre 2011). La capacité de travail exigible ne prend pas en compte les douleurs multiples et les sensations de fatigue, de fourmillements, au vu de l'absence de substrat organique et d'une gestuelle spontanée normale. »

En résumé, les Drs V._____ et Q._____ ont considéré que l'activité habituelle de collaborateur de distribution à T._____ était adaptée à l'état de santé de l'assuré et que sa capacité de travail était entière dans cette profession depuis la fin de son apprentissage, en 1984. Les médecins prénommés ont encore transmis au collaborateur en charge de la gestion du dossier le compte-rendu de la capillaroscopie pratiquée le 13 juillet 2012 ainsi que les résultats d'analyses de laboratoire effectuées entre 2006 et 2011.

La Dresse G._____ s'est ralliée aux conclusions de ses confrères (avis du 26 mars 2014).

Par projet de décision du 10 avril 2014, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait lui dénier le droit à toutes prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'après examen de sa situation médicale, il avait constaté qu'il ne présentait aucune atteinte à la santé susceptible de diminuer sa capacité de travail dans son activité professionnelle habituelle. A défaut d'une affection entravant de façon durable et importante l'exercice de son activité professionnelle, une invalidité au sens de la loi ne pouvait lui être reconnue.

Par acte non daté reçu par l'office AI le 25 avril 2014, l'assuré a fait part de son désaccord avec ce projet, sollicitant le 28 avril 2014 un entretien avec la collaboratrice en charge de son dossier. A la suite d'un entretien téléphonique avec le conseil de l'assuré, l'office AI lui a accordé un ultime délai au 31 juillet 2014 pour lui faire part d'éventuelles objections à l'encontre du préavis du 10 avril 2014.

Dans un courrier du 31 juillet 2014, l'assuré a indiqué qu'il était au bénéfice d'un suivi psychiatrique depuis le 24 juin précédent. Dans la mesure où le projet de décision du 10 avril 2014 ainsi que les rapports et avis du SMR des 27 février et 26 mars 2014 ne faisaient pas état d'une investigation psychiatrique, il était pour le moins prématuré de conclure à un refus de toute prestation de l'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 7 janvier 2015, les Drs R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et P._____, respectivement médecin associé et médecin assistante au Centre de Psychiatrie K._____, ont posé les diagnostics affectant la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.1), probable trouble de la personnalité mixte, traits évitants et paranoïaques (F 61) ainsi que des somatisations (F 45). Selon ces praticiens, la capacité de travail dans l'activité de fonctionnaire postal était de 20%. Le rythme de travail de leur patient était ralenti par la fatigabilité présentée ainsi que par des difficultés de concentration. Les Drs R._____ et P._____ n'excluaient pas une augmentation très progressive du taux d'activité moyennant un aménagement de l'emploi exercé et un cadre soutenant.

Se déterminant dans un avis du 30 avril 2015, la Dresse G._____ a suggéré la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Après avoir pris connaissance des documents à sa disposition, elle a relevé la présence d'un syndrome douloureux diffus sans substrat organique objectivable et la discordance entre la prise en charge psychiatrique de l'assuré (24 juin 2014) et le début de l'incapacité de travail attestée par le psychiatre (depuis 2012), en l'absence de toute comorbidité psychiatrique incapacitante depuis 2011 (date des premières attestations d'incapacité de travail).

Chargée par l'office AI de procéder à l'expertise psychiatrique de l'assuré, la Dresse C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a déposé son rapport en date du 31 octobre 2016. Elle y posait le diagnostic affectant la capacité de travail de « trouble mental et du comportement en lien avec l'éthyle, dépendance et consommation

continue, de longue date (comme en témoigne la polyneuropathie présente depuis 2012). » Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a notamment posé les diagnostics de dysthymie et de traits de la personnalité mixte (paranoïaque et antisociale) depuis le début de l'âge adulte. Elle a également retenu diverses affections se rapportant au vécu personnel, conjugal et professionnel de l'assuré.

Sous l'intitulé « discussion - évolution », l'experte C. _____ a écrit ce qui suit :

« Monsieur N. _____ est sans contexte issu d'une enfance difficile, carencée sur le plan affectif, ayant eu une mère dénigrante, peu chaleureuse, et l'étayage relationnel était donc pauvre. Des brimades physiques, coups et propos dépréciateurs étaient tout à fait réguliers. Ces éléments ont pu induire une certaine vulnérabilité structurelle, qui prend ici la forme de traits de personnalité mixte, et non pas de trouble de personnalité complet, comme retenu par la psychiatre traitante.

De façon réactionnelle à la situation carencée de son enfance, l'investigué aurait développé un investissement marqué de la sphère professionnelle, et par ailleurs développé un tempérament « de chien fou » tel que lui disaient occasionnellement ses amis. Selon ses explications, il indique n'avoir pas souffert de cette enfance difficile jusqu'à la survenue de son divorce, échec sentimental qui est à l'origine d'un tournant dans la vie de l'examiné. Cet état de fait exclut donc la présence d'un trouble complet de personnalité, qui selon la CIM-10 nécessite « la présence d'attitudes et comportements nettement disharmonieux, dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ceci étant apparu durant l'enfance ou l'adolescence et durant l'âge adulte, en étant à l'origine d'une souffrance considérable ».

De surcroît aucun symptôme psychiatrique n'aurait été présent avant l'âge de 39 ans (période du divorce), ce qui corrobore l'absence de trouble de personnalité ou d'autres psychopathologies psychiatriques sévères et éventuellement incapacitantes.

L'assuré nous indique présenter des symptômes psychiques (labilité émotionnelle, sentiment d'échec personnel, fatigabilité, idéation suicidaire) pour la première fois lors de son divorce en 1998. Il indique également qu'il présentait alors une hypersomnie, pouvant aller jusqu'à dormir jusqu'à 16 heures par jour. Selon lui, aucune raison spécifique n'explique la demande de divorce de l'ex-épouse, bien qu'il admette pourtant avoir pu être sujet à « des crises de colères et des propos violents, verbalement ». Nous n'avons pas d'indication d'un suivi psychiatrique ni d'une prescription médicamenteuse à cette époque.

Or, comme les examens réalisés le jour de l'examen mettent en évidence une dépendance à l'alcool sévère avec une CDT

particulièrement élevée (5,5%) et une perturbation des Gamma-GT, indiquant que l'examiné consomme quotidiennement plus de 60 g d'alcool par jour (environ 120 d'OH par jour puisque l'augmentation de la CDT augmente linéairement avec celle de la consommation d'éthyle), il est tout à fait cohérent de former l'hypothèse que cette dépendance à l'éthyle importante a été le fil rouge de la vie de l'examiné. La polyneuropathie associée démontre que la surconsommation et dépendance sont anciennes.

Ainsi c'est le trouble mental et du comportement en lien avec l'éthyle, dépendance et consommation continue (F 10.25), présent de longue date comme en témoigne la polyneuropathie présente depuis 2012, qui aurait pu être à l'origine des troubles du caractère présents dans le mariage et des crises de colère ou d'agressivité, d'un manque d'insight et d'un déni concernant l'effet de sa consommation sur son couple. Comme l'investigué cache sa consommation d'éthyle devant l'examinatrice, indiquant boire seulement « très occasionnellement », il est donc conscient de sa problématique éthyle, mais ne voit pas pour quelle raison il se traiterait. Il en est donc au stade « pré contemplatif ».

L'absence de foetor et de trémor doit donc être examinée plus avant pour être comprise : si le foetor n'est pas présent, cela signifie que l'exploré n'était pas intoxiqué massivement à l'éthyle le jour de l'examen ; il a donc baissé sa consommation avant le jour de l'examen. Mais s'il s'était sevré complètement, le trémor, signe du sevrage, serait apparu. L'absence de foetor et de trémor indique que l'exploré avait abaissé mais non pas stoppé sa consommation d'éthyle dans les jours précédant l'examen.

Au vu des indications précédentes, absence de symptômes psychiatriques avant 40 ans, cette dépendance à l'éthyle doit être considérée comme primaire, et les troubles psychiatriques et physiques apparus par la suite comme des conséquences nocives de la surconsommation chronique d'éthyle. En dépit du fait que la dépendance soit primaire, elle est donc à l'origine de maladies psychiques et physiques et doit donc être considérée comme potentiellement invalidante.

Ainsi la baisse d'état général, avec amaigrissement, douleurs musculaires, manque de motivation à travailler, modifications de caractère et de l'humeur sont à imputer en premier lieu à la consommation chronique d'éthyle. Les phases d'intoxication massives sont à l'origine d'altération de l'état de conscience, avec phases de confusion : en effet, l'investigué explique avoir un matin eu tant de difficultés à se lever qu'il a téléphoné pour avertir son travail, mais a en réalité téléphoné à sa fiduciaire et non pas au travail. Il ne s'est rendu compte que lorsque son collègue de travail lui a téléphoné plus tard de sa méprise en choisissant le numéro de téléphone.

Concernant un éventuel trouble de l'humeur surajouté, il est très difficile de se faire une idée précise, puisque les allégations de l'investigué sont parfois inexactes, et que de surcroît il n'est guère aisé de tenter de distinguer l'origine de certains symptômes allégués. En effet l'amaigrissement (remplacer la prise alimentaire par la boisson), la fatigabilité (effet de l'intoxication), la frilosité,

l'hypersomnie (intoxication également), la labilité émotionnelle, les crises de colères avec violence verbale, les troubles sexuels, peuvent tous être issus d'une surconsommation chronique d'éthyle, ou d'un état dépressif.

Il est certain que deux symptômes cardinaux ici présents orientent et attestent d'une surconsommation importante et ancienne d'éthyle, la polyneuropathie et la myopathie. L'affection musculaire due à l'alcool s'appelle en effet «myopathie musculaire». Elle peut être soit aiguë, soit chronique. La myopathie aiguë engendre des douleurs peu après la consommation d'alcool. Alors que la myopathie chronique se développe au fur et à mesure. La forme aiguë de cette maladie se manifeste par les symptômes suivants : douleurs intenses et/ou languissantes, muscles sensibles ou gonflés. Dans la forme chronique le sujet souffre de la faiblesse et sensibilité générales des muscles, ainsi que de crampes irrégulières. Les dommages musculaires augmentent les risques de chute.

Analysons les critères d'un état dépressif selon la CIM-10 : un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) « repose sur la présence de 3 symptômes typiques suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité, associés à au moins 4 et de préférence 5 autres symptômes dépressifs tels que : une diminution de la concentration et de l'attention, des idées suicidaires, une diminution de l'appétit, une perturbation du sommeil ainsi qu'un manque de réactivité émotionnelle à des événements ou à des circonstances habituellement agréables, une diminution de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables ».

Dans la présente situation, l'humeur n'est pas clairement dépressive de façon durable, mais labile ; les phases « noires » avec apparition d'idées suicidaires durent de quelques minutes à quelques heures, ce qui est très atypique d'un état dépressif dans lequel l'humeur est abaissée de façon durable la majorité du temps plusieurs jours de suite, et pourraient donc suivre les stades d'intoxication à l'éthyle. L'experte ne retient donc pas ce critère comme rempli. La diminution d'intérêt et de plaisir est contredite également par le fait que l'intéressé vienne de tisser une nouvelle relation sentimentale et y ait plaisir. L'anhédonie serait donc en voie de disparition et l'experte ne retient pas ce second critère. La fatigabilité doit être attribuée en premier lieu aux effets de l'intoxication alcoolique chronique au vu des CDT très élevées. Ainsi les trois critères principaux ne sont pas clairement (dans le sens de typiquement) remplis pour retenir la présence d'un trouble de l'humeur franc.

De surcroit, comme constaté après l'entretien d'expertise, l'investigué ne s'est pas rendu au laboratoire le jour de l'examen, et de surcroit il a indiqué à l'experte prendre son traitement de médicament antidépresseur alors que l'analyse de l'historique de la pharmacie démontre le contraire, le dernier achat d'antidépresseur remontant au mois d'avril 2016. Ainsi, l'exploré souffrirait d'un état dépressif, qualifié de sévère par la psychiatre traitante, mais ne ressentirait pas le besoin de se traiter, ce qui est contradictoire. Cette situation oriente soit sur un certain degré de surcharge de l'intensité des plaintes, soit sur la présence de bénéfices secondaires à l'état de maladie.

Il est certain que l'exploré explique très clairement combien son métier de facteur lui est devenu pénible au fur et à mesure des années : d'une part les conditions météorologiques elles-mêmes étant difficiles, soumission au froid, à la pluie, à la neige, ces mêmes conditions sont devenues insupportables alors que les exigences de travail augmentaient et que les employés ne pouvaient plus avoir de phase de récupération comme par exemple en rentrant chez eux à la maison pour la pause de midi, pouvoir se sécher, se changer éventuellement avant de repartir pour les tournées de l'après-midi. De surcroît, d'autres modifications sont intervenues avec la gestion de certaines tâches par informatique et l'intéressé fait remonter à 2008 l'ensemble des changements pénibles pour lui. On ne doit pas non plus ignorer le fait que la conduite du véhicule motorisé pour faire la tournée de distribution posait peut-être problème pour l'investigué en raison de l'éthyle.

Ainsi, les bénéfices secondaires à cet état de maladie sont ici clairement le fait de pouvoir ne plus pratiquer le métier habituel, puisque l'exploré a trouvé un accord avec son employeur, allant travailler à l'entrepôt le matin pour une durée de deux heures, mais n'étant plus contraint de faire les tournées de distribution du courrier à l'extérieur. D'autres part, l'expertisé peut imputer à sa baisse d'état général et à de « la dépression » les troubles présentés, et évite ainsi de se confronter avec une maladie socialement honteuse (dépendance à l'éthyle).

IV. TRAITEMENT ET READAPTATION

Un traitement antidépresseur a été prescrit par le médecin psychiatre, et bien que l'assuré dise le prendre, l'analyse du listing de la pharmacie indique que le dernier emballage de 28 cp a été acheté en avril 2016. Le traitement n'est donc pas pris.

C'est probablement la raison pour laquelle l'examiné n'a pas jugé utile de se rendre au laboratoire après l'entretien, et de plus a ingéré une dose élevée de son traitement avant de se rendre au laboratoire, ce qui apparaît en voyant donc un dosage sanguin de la venlafaxine et de son métabolite étant en surdosage. Il y a donc une tentative consciente d'agir pour manipuler les résultats de l'expertise et donc l'opinion de l'experte.

Ainsi la compliance au traitement est nulle, et l'on doit admettre qu'au vu du taux d'alcoolémie quotidien supposé, c'est probablement une chance, l'association des deux substances pouvant être fatales lorsque prises en grande quantité.

Il existe donc une contre-indication au traitement antidépresseur tant que la dépendance à l'éthyle n'est pas au moins maîtrisée un minimum.

Sur le plan de la dépendance à l'éthyle, au vu des nombreux effets délétères physiques et psychiques sur la santé de l'examiné, une prise en charge visant l'abstinence est souhaitable. Une première phase de sevrage, suivie d'une post-cure est indiquée et même exigible pour réduire les dommages sur la santé.

V. COHERENCE

La cohérence est bonne tout à fait bonne pour le diagnostic de dépendance à l'éthyle, de longue date et importante, et permet de comprendre l'ensemble des plaintes de l'exploré, qui les attribue lui à un état de dépression.

Les contradictions en lien avec les dires de l'investigué sont à comprendre comme une tentative de ne pas se confronter au domaine de sa dépendance à l'éthyle.

VI. CAPACITÉ DE TRAVAIL

L'incapacité de travail actuelle est de 50% sur le plan psychiatrique. Sur le plan de la conduite d'un véhicule motorisé, l'incapacité est complète et la situation devrait être annoncée aux autorités si un permis de conduire est toujours valable.

Cette incapacité est en cours depuis février 2011 et n'a pas varié depuis lors.

B. Influence sur la capacité de travail

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

Sur le plan physique : n'est pas du registre de l'experte.

Sur le plan psychique et mental : labilité émotionnelle, tendance à l'irritabilité, ralentissement psychomoteur, phases de confusion et d'intoxication sévère à l'éthyle. Trouble de l'attention et de la concentration, parfois trouble de la vigilance.

Sur le plan social : tendance au retrait social occasionnellement ; sentiment d'injustice sociale.

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

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

Ces troubles peuvent être à l'origine de difficultés relationnelles sur le lieu du travail, d'incapacité à conduire le véhicule de distribution, d'erreurs, de tâches effectuées plus lentement ou mal. Sur des machines dangereuses nécessitant beaucoup d'attention et de vigilance, des accidents pourraient survenir.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail : Elle est de 50%.

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

Pas sur le plan de la conduite d'un véhicule, qui doit impérativement être proscrite. Les engins dangereux et outillages/machines dangereuses ne peuvent pas non plus être pratiqués par l'investigué.

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

Oui, il pourrait y avoir une baisse de l'ordre de 10 à 15% de rendement lors des pics symptomatiques.

- 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?
Depuis le 3 février 2011.
- 2.6 Comment le degré d'incapacité a-t-il évolué depuis lors ?
Il est de 50%.
3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?
Partiellement seulement.
- C. Influence sur la réadaptation professionnelle
1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
Oui. De telles mesures sont envisageables mais la motivation de l'investigué pour les suivre reste à démontrer.
Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :
- La possibilité de s'habituer à un rythme de travail
 - L'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
 - La mobilisation des ressources existantes
- De telles mesures sont théoriquement envisageables, mais la motivation de l'examiné à les suivre reste à démontrer. Ces mesures ne sont pas souhaitables actuellement, au vu des effets délétères de la consommation d'éthyle, mais pourraient être envisagées ultérieurement.
2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?
Oui, si l'assuré décidait d'entreprendre un sevrage intra-hospitalier suivi d'une post-cure, et sortir de sa situation de dépendance active à l'éthyle, il pourrait retrouver une pleine capacité de travail. L'exigibilité est complète.
- 2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par exemple mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)
Voir supra.
- 2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?
Voir supra.
3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?
Oui, toute activité correspondant au degré d'acquisition de l'intéressé.
- 3.1. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?
Pas de travail dans l'hôtellerie et la restauration (pas d'exposition à l'éthyle). Pas de conduite de véhicule, ni d'emploi de machines dangereuses et nécessitant une

grand vigilance. Pas de travail en hauteur avec risque de chute.

- 3.2. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par exemple heures/jour) ?
50%.
- 3.3. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ? Oui, de l'ordre de 10 à 15%.
- 3.4. Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?
Caduque.

(...) »

Dans un avis du 10 janvier 2017 contresigné par la Dresse G._____, la Dresse A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, s'est exprimée comme suit à propos de cette expertise :

« L'expert ne retient pas le trouble somatoforme douloureux, ni de somatisations, ni de trouble de la personnalité ; les traits de personnalité mixte paranoïaque et antisociale présents depuis le début de l'âge adulte ne sont pas incapacitants au sens de l'AI et ils n'ont pas empêché l'assuré de faire un CFC de pâtissier-confiseur et d'exercer une activité professionnelle à T._____ jusqu'en 2011. Le trouble mental et du comportement en lien avec l'addiction à l'alcool de longue date, comme en témoigne la polyneuropathie présente depuis 2012, n'est pas un diagnostic incapacitant au sens de l'AI : il s'agit d'une dépendance primaire avec une intégration sociale dans tous les domaines de la vie (« l'assuré maintient ses contacts sociaux et familiaux aboutissant à une nouvelle relation sentimentale récemment ; il regarde la TV, certains jours il va jouer à la pétanque ; il fait ses commissions le matin après le travail, il conduit sa voiture et dans le ménage, il peut passer l'aspirateur, cuisiner, faire son lit, la lessive et la vaisselle ; il vit actuellement dans 3 pièces » (p. 14)) ; la consommation d'alcool est très occasionnelle, selon ses dires, mais le dosage de gamma-GT (test hépatique) est supérieur [à] deux fois la norme, la CDT à 5,5% (valeur normale inférieure à 2.0) et « la compliance pharmacologique de l'assuré est nulle comme en témoigne l'analyse de l'historique de la pharmacie » (p. 16) et le dosage sanguin de la Venlafaxine.

Notre avis : dans ce contexte d'addiction primaire à l'alcool, non incapacitante au sens de l'AI, d'un discours peu fiable (consommation d'alcool occasionnelle infirmée par les tests de laboratoire), des atteintes psychiatriques (traits de personnalité, dysthymie), dont l'intensité n'est pas suffisamment grave pour être considérée comme invalidante et éventuellement décompensée (l'atteinte de la personnalité), en l'absence de diagnostic de trouble somatoforme douloureux chronique, [en présence] d'une mauvaise compliance médicamenteuse, d'une vie sociale normale et des activités quotidiennes assumées de manière satisfaisante, nous ne

sommes pas d'accord avec l'estimation de l'expert concernant la capacité de travail appréciée à 50% depuis 2011 et les limitations fonctionnelles qui ne sont pas présentes dans le contexte où la consommation d'éthyle est sous le contrôle de la volonté (l'assuré a pu assumer son activité déjà adaptée, jusqu'en 2011) ; le syndrome d'addiction à l'alcool est primaire, non incapacitant au sens de l'AI et la capacité de travail de l'intéressé nous l'estimons, entière à 100%, en l'absence des documents attestant une aggravation ou un changement de l'état de santé sur le plan somatique, depuis le 26.03.2014, date du rapport SMR. »

Par décision du 25 janvier 2017, l'office AI a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé susceptible de limiter sa capacité de travail et de gain. Était jointe une lettre d'accompagnement datée du même jour et contenant une brève motivation à l'appui de ce refus.

B. Par acte du 24 février 2017, N._____ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, concluant sous suite de frais et dépens à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a pour l'essentiel fait grief à l'office AI de ne pas avoir exposé dans la décision attaquée pour quels motifs il n'avait pas pris en compte les diagnostics posés par la Dresse P._____ dans son rapport du 7 janvier 2015, alors même qu'ils constituent selon elle une atteinte à la santé invalidante justifiant une incapacité de travail de 80%, ce qui devrait aux yeux du recourant ouvrir le droit aux prestations sollicitées. Il a également annoncé le dépôt d'un rapport complémentaire de ses psychiatres traitants.

Dans sa réponse du 1^{er} mai 2017, l'office AI a souligné que le SMR avait expliqué dans son avis du 10 janvier 2017 les raisons pour lesquelles le rapport de la Dresse C._____ ne pouvait pas être tenu pour probant. Il a par ailleurs relevé que le trouble mental et du comportement en lien avec l'addiction à l'alcool de longue date, comme en témoignait la polyneuropathie présente depuis 2012, n'était pas un diagnostic incapacitant au sens de la loi. Il s'agissait bien plutôt d'une dépendance primaire. En outre, l'assuré était intégré dans tous les domaines de la vie, entretenait des contacts sociaux et familiaux et vaquait à diverses tâches

domestiques. L'intimé a par ailleurs fait observer que le discours de l'assuré était peu fiable (consommation d'alcool infirmée par les tests) et les atteintes psychiatriques (traits de personnalité, dysthymie) n'étaient pas suffisamment graves pour être considérées comme étant invalidantes et éventuellement décompensées au sens de la loi. Il a en conséquence proposé le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse.

S'exprimant une ultime fois par pli du 13 juin 2017, le recourant a fait savoir qu'il se référait intégralement aux arguments invoqués dans son recours du 24 février 2017. Il a précisé n'avoir aucune pièce à produire.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20

décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 24 février 2017 contre la décision de l'office AI du 25 janvier 2017 a été interjeté en temps utile et dans le respect des exigences formelles prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Suivant les conclusions du recours, le litige porte sur le droit à une rente de l'assurance-invalidité, ce qui revient à examiner la capacité résiduelle de travail du recourant.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 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 (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (cf. art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c).

La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu de la personne invalide) (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; cf. Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères

d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes

externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1 ; 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1 ; 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1 ; 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

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 sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 et les références).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la

relation de confiance qui les unit à celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

4. a) Dans la décision du 25 janvier 2017 dont est recours, l'office AI a dénié le droit de l'assuré à toutes prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé susceptible de diminuer sa capacité de travail dans son activité professionnelle habituelle. En d'autres termes, en l'absence d'incapacité de gain, aucune invalidité ne pouvait lui être reconnue. Sur le plan somatique, l'intimé s'est fondé sur l'examen clinique rhumatologique effectué le 17 février 2014 par les Drs Q._____ et V._____. S'agissant de l'aspect psychique, la Dresse A._____ du SMR n'a pas suivi les conclusions de la Dresse C._____. Tout en considérant, à l'instar de cette dernière, que le syndrome d'addiction à l'alcool était primaire, elle a en revanche exclu toute diminution de la capacité de travail au vu du caractère peu grave des atteintes psychiatriques, de la mauvaise compliance médicamenteuse et d'une vie sociale normale. Selon l'autorité intimée, la capacité de travail de l'assuré est ainsi entière dans son activité de collaborateur de distribution au service de T._____.

Le recourant estime pour sa part qu'il a droit à une rente se référant à cet égard à l'avis de sa psychiatre traitante du 7 janvier 2015, selon laquelle il présenterait diverses atteintes invalidantes justifiant une incapacité de travail de 80%.

b) En premier lieu, il sera observé que l'appréciation de la capacité de travail sur le plan somatique n'est pas contestée par le recourant. L'examen rhumatologique effectué par les médecins du SMR peut être suivi. Aucun rapport médical ne permet de le remettre en cause, les Drs Y._____ et X._____ n'objectivant ou ne quantifiant pas l'incapacité de travail, la Dresse X._____ allant même jusqu'à évoquer une discordance entre l'examen clinique, les douleurs alléguées et les examens radiologiques (cf. rapport du 9 février 2012).

c) Sur le plan purement psychique, les psychiatres traitants R._____ et P._____ ont notamment posé, dans leur rapport du 7 janvier 2015, le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.1), relevant une humeur abaissée accompagnée d'anhédonie, de fatigabilité et d'aboulie. De son côté, l'experte C._____ s'est attachée à analyser les critères d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1) sur la base de la CIM-10. Après avoir rappelé les trois symptômes typiques de cette pathologie, à savoir une humeur dépressive, une diminution de l'intérêt et du plaisir et une augmentation de la fatigabilité, ainsi que les quatre ou cinq symptômes dépressifs auxquels ils s'associent, elle observe que l'humeur n'est pas clairement dépressive de façon durable mais seulement labile. En outre, la diminution d'intérêt et du plaisir est contredite par la relation sentimentale récemment nouée par l'assuré, de sorte que l'anhédonie serait en voie de disparition. Quant à la fatigabilité, elle doit être attribuée en premier lieu, selon l'experte, aux effets de l'intoxication alcoolique chronique. Elle en conclut que les trois critères principaux ne sont en l'occurrence clairement pas remplis pour retenir la présence d'un trouble de l'humeur franc.

Par ailleurs, son appréciation est confortée par le fait que, en prenant connaissance du relevé chronologique de la pharmacie, la Dresse C._____ observe que le traitement antidépresseur n'est pas pris, l'assuré ayant même cherché à manipuler les résultats d'analyse en ingérant une dose élevée de son traitement avant de se rendre au laboratoire. Le surdosage sanguin de la Venlafaxine en témoigne. Elle en déduit une inobservance au traitement médicamenteux, celui-ci pouvant même s'avérer contre-indiqué lorsqu'il est associé, comme c'est le cas en l'occurrence, à une dépendance à l'alcool. C'est pourquoi, au vu des nombreux effets délétères physiques et psychiques que la dépendance à l'alcool induit sur la santé de l'assuré, elle préconise une première phase de sevrage suivie d'une post-cure, le but visé étant l'abstinence.

L'experte C._____ explique ainsi à satisfaction, en se référant aux critères de la CIM-10, les raisons pour lesquelles l'épisode

dépressif ne peut être retenu. Cela étant, quand bien même un épisode dépressif léger ou moyen aurait été retenu, celui-ci n'est en principe pas incapacitant. En effet, selon la jurisprudence, les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué. Ce n'est que dans cette hypothèse - rare, car il est admis que les dépressions sont en règle générale accessibles à un traitement - qu'il est possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 p. 197 et les références; voir également TF 9C_434/2016 et 9C_530/2016 du 14 octobre 2016, in SVR 2017 IV n° 27 p. 77 consid. 6.3). Cette jurisprudence a pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive doit reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur l'évolution et l'appréciation du tableau clinique (TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.2).

Des considérations qui précèdent, il résulte que l'appréciation de l'experte C. _____ emporte la conviction. Au surplus, l'assuré n'a pas produit de nouveaux éléments médicaux à l'appui de ses déterminations sur cette expertise.

Dans leur rapport du 7 janvier 2015, les psychiatres traitants posent encore le diagnostic incapacitant de probable trouble de la personnalité mixte, traits évitants et paranoïaques (F 61). Ils ne développent cependant pas les raisons pour lesquelles ils retiennent le trouble plutôt que le trait de la personnalité. Pour sa part, l'experte retient le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de traits de

personnalité mixte (paranoïaque et antisociale) depuis le début de l'âge adulte. Elle explique que des éléments tels que l'enfance difficile de l'assuré, carencée sur le plan affectif et comportant des brimades physiques avec des propos dépréciateurs, a pu induire une vulnérabilité structurelle ayant pris la forme de traits de personnalité mixte et non pas de trouble de personnalité complet. De plus, l'assuré rapporte ne pas avoir souffert de cette enfance difficile jusqu'à son divorce en 1998, date à laquelle il indique avoir présenté pour la première fois des symptômes psychiques (labilité émotionnelle, sentiment d'échec personnel, fatigabilité, idéations suicidaires) ce qui corrobore l'absence de trouble de la personnalité ou d'autres psychopathologies psychiatriques sévères et éventuellement incapacitantes. Il n'y a par ailleurs pas d'indication d'un suivi psychiatrique ni d'une prescription médicamenteuse à cette époque. Quoi qu'il en soit, la question de savoir si l'assuré souffre d'un trait ou d'un trouble de la personnalité mixte depuis le début de l'âge adulte demeure sans incidence en l'espèce, dans la mesure où il apparaît que l'intéressé n'a pas présenté de difficultés particulières sur le plan psychique depuis lors nonobstant cette atteinte et l'on ne distingue par ailleurs pas d'événement dénotant une accentuation de ce trouble ou trait de personnalité dès 2011.

d) S'agissant du volet psychosomatique, les psychiatres traitants retiennent le diagnostic incapacitant de somatisations (F 45) que l'experte C._____ examine à l'aune des caractéristiques dégagées par l'OMS. Après avoir conclu que celles-ci étaient remplies sur le plan théorique pour retenir un trouble de type somatisation ou équivalent, elle s'emploie à analyser leur éventuel caractère invalidant au regard des critères jurisprudentiels antérieurs à l'ATF 141 V 281. L'experte C._____ ayant conclu sur cette base que les douleurs chroniques affectant le recourant n'étaient pas invalidantes, il convient d'examiner si l'application de la nouvelle jurisprudence conduit à une appréciation différente.

aa) Au cours des dernières années, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de

syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352), la fibromyalgie (ATF 132 V 65) ou encore le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008). Le seul diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistants était présumé ne pas entraîner d'incapacité de travail durable (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait en effet une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; cf. aussi ATF 139 V 547 consid. 6 et 8).

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact.

Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7).

Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante, il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (cf. ATF 141 V 281 consid. 8, renvoyant à l'ATF 137 V 210 consid. 6 in initio).

bb) En l'espèce, alors que les Drs R._____ et P._____ retiennent le diagnostic de somatisations (F 45), la Dresse C._____ exclut un tel diagnostic de même que toute pathologie psychosomatique

comparable. Quand bien même son expertise a été réalisée selon les anciens standards jurisprudentiels, elle doit être suivie. Outre que les psychiatres traitants se montrent peu diserts sur le diagnostic de somatisations (F.45) que, dans leur rapport du 7 janvier 2015, ils ne le discutent guère ni ne l'étayent, il existe des symptômes d'exagération. Dans leur rapport du 27 février 2014, les Drs Q._____ et V._____ relèvent en effet « une importante discordance entre les plaintes de l'assuré, les résultats de l'examen clinique et la pauvreté des constatations radiologiques » (p. 8), rejoignant en cela le constat déjà opéré par la Dresse X._____ dans son rapport du 9 février 2012. A cela s'ajoute, ainsi que le fait remarquer la Dresse C._____ en relation avec le traitement anti-dépresseur (cf. rapport d'expertise du 31 octobre 2016, p. 19), que l'assuré abandonne les traitements prescrits, ce qui rend douteuse sa demande de soins.

Les indices d'une exagération des symptômes tiennent aussi à l'existence de plaintes douloureuses relativement vagues. Dans ce contexte, les médecins du SMR ont posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de polyneuropathie axonale asymétrique débutante. Susceptible d'être causée par un diabète, un alcoolisme chronique voire certains cancers, les principaux symptômes de cette affection consistent plus particulièrement en des fourmillements, une diminution des sensations, des difficultés à marcher, une atrophie musculaire, des douleurs pouvant devenir permanentes à type de brûlures ainsi que des décharges électriques. A lire les plaintes telles qu'exprimées par l'assuré aux médecins du SMR et à la Dresse C._____ (cf. rapport d'examen clinique rhumatologique du 27 février 2014, p. 3 et rapport d'expertise du 31 octobre 2016, p. 12), on constate qu'elles correspondent dans une large mesure à la polyneuropathie axonale sensitivo-motrice. Il n'est dès lors pas exclu que cette affection, apparemment inhérente à la consommation d'alcool selon l'experte, explique, au moins en partie, les douleurs alléguées par l'assuré, au vu des symptômes d'une telle atteinte.

Par surabondance de droit, il sera observé, sur la base des indicateurs, que le recourant a abandonné ou s'est révélé peu compliant

aux traitements prescrits, sans que des motifs médicaux justifient cette attitude. En outre, les traits de personnalité mixte et la dysthymie ne sont pas censés limiter les capacités d'adaptation, l'assuré ayant réussi à mener une vie normale en dépit de ces pathologies (sur le caractère non incapacitant à lui seul d'une dysthymie, cf. TF 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 5.2 et la référence). Il ressort enfin de l'expertise de la Dresse C._____, plus particulièrement de l'anamnèse (cf. pp. 13-14), que l'assuré a conservé une vie familiale et sociale, tout aussi riche qu'active, faisant régulièrement les courses, cuisinant volontiers, se promenant, conduisant normalement sa voiture, jouant à la pétanque avec des amis ou se maintenant informé par le biais de la télévision. Il n'existe donc pas de signe d'exclusion sociale.

cc) Sur le vu de ce qui précède, il appert que c'est à juste titre que la Dresse C._____ a exclu le trouble somatoforme douloureux.

5. Subsiste la question de savoir si et, le cas échéant, dans quelle mesure la dépendance à l'alcool présentée par l'assuré revêt un caractère invalidant.

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 ; TF 9C_334/2015 du 2 février 2016 consid. 4.2.2 ; TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 ; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une

invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C_395/2007 précité consid. 2.2 et les références citées).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage ; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (cf. TF 9C_395/2007 précité consid. 2.3 et les références médicales citées ; cf. également TF 9C_618/2014 précité consid. 5.3).

L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement

suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_618/2014 précité consid. 5.4 ; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4 ; TFA I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2.3).

b) En l'espèce, la Dresse C._____ a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de trouble mental et du comportement en lien avec l'éthyle, dépendance et consommation continue, de longue date (F 10.25). L'experte fonde son diagnostic sur les examens réalisés le jour de l'expertise, lesquels mettent en évidence une dépendance à l'alcool sévère. De plus, les taux reportés conduisent l'experte à former l'hypothèse que cette dépendance à l'alcool a été le fil rouge de la vie de l'assuré. La polyneuropathie associée pourrait être évocatrice d'une surconsommation et d'une dépendance anciennes. Selon la Dresse C._____, c'est le trouble mental et du comportement en lien avec l'éthyle qui aurait pu être à l'origine des troubles du caractère présents à l'époque du mariage et des crises de colère ou d'agressivité, d'un manque d'insight ou d'un déni concernant l'effet de la consommation de l'assuré sur son couple. Dans le même sens, celui-ci cache sa consommation d'alcool à l'experte, indiquant seulement boire « très occasionnellement », ce qui dénote qu'il est conscient de son problème d'alcool. Ce déni de l'intéressé explique que l'anamnèse de cette atteinte soit succincte. L'experte relève à cet égard la difficulté de tenter de distinguer l'origine de certains symptômes allégués, ceux-ci pouvant être issus soit d'une surconsommation d'alcool, soit d'un état dépressif. Par ailleurs, la Dresse C._____ exclut de manière convaincante la présence chez le recourant

d'une comorbidité psychique incapacitante, expliquant que s'il existe un état dépressif moyen (qui ne franchit toutefois pas un seuil diagnostic), une dépendance à l'alcool importante et un trouble de personnalité de longue date, aucune de ces affections n'est sévère en soi mais seule leur interaction induit un certain degré de gravité. Enfin, l'experte C._____ démontre clairement que l'assuré souffre d'un problème d'alcoolisme primaire dès lors qu'il n'a pas présenté de symptômes psychiatriques avant l'âge de 40 ans. Les troubles psychiatriques et physiques apparus par la suite sont donc des conséquences nocives de la surconsommation d'alcool.

Cela étant, la Dresse C._____ ne saurait être suivie lorsqu'elle attribue un caractère incapacitant à la dépendance alcoolique présentée par l'assuré. En effet, il ressort du dossier médical constitué par l'administration intimée que ce dernier présentait déjà un taux de Gamma GT élevé (104) en février 2010 la norme étant fixée à un taux égal ou inférieur à 71, ce qui tend à confirmer que sa dépendance n'est pas incapacitante puisqu'à l'époque, il travaillait à plein temps. D'autre part, selon la jurisprudence (cf. TF 9C_51/2007 du 29 octobre 2007 consid. 5.3), les troubles induits par la dépendance ne sauraient être considérés comme invalidants lorsque, comme en l'espèce, ils sont sujets à rémission moyennant abstinence (cf. sur ce point le rapport d'expertise de la Dresse C._____ du 31 octobre 2016, pp. 25 et 27). Il en va de même de la polyneuropathie, puisque la démarche thérapeutique consiste avant tout à guérir la cause. En effet, la polyneuropathie s'étend tant que le facteur en question n'est pas traité. En l'occurrence, le traitement implique l'arrêt de l'intoxication à l'alcool.

6. En résumé, il y a donc lieu d'admettre que l'assuré ne présente aucune atteinte à la santé susceptible de diminuer sa capacité de travail dans son activité professionnelle habituelle. En l'absence d'incapacité de gain, aucune invalidité ne saurait ainsi lui être reconnue. Cette appréciation rejoignant celle de l'office AI, il s'ensuit que la décision litigieuse du 25 janvier 2017 échappe à la critique.

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

b) La procédure est onéreuse et la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 janvier 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de N._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Syndicom (pour N. _____),
- 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 :