

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 juillet 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 8 et 17 LAI

E n f a i t :

A. Par le biais d'un formulaire de détection précoce rempli le 30 mars 2015, B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) s'est adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), alléguant qu'il était en incapacité totale de travailler depuis décembre 2012 en raison d'une dépression profonde.

Lors d'un entretien du 8 avril 2015, il a expliqué qu'il avait souffert d'un « burn out » et d'une dépression en 2009 qui l'avaient conduit, par la suite, à une consommation excessive d'alcool. Il avait fait deux cures de sevrage, en 2012 et 2013, et était parvenu à rester abstinent à l'issue de la deuxième, mais se sentait toujours angoissé et dépressif. Il souhaitait pouvoir bénéficier d'une reconversion professionnelle au motif que son métier de [...] n'était plus compatible avec son addiction.

Il a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI le 24 avril 2015.

Dans un rapport du 21 mai 2015, la Dresse N._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré souffrait de troubles dépressifs récurrents, épisodes actuels moyens (F33.1) depuis de nombreuses années, sous forme de troubles anxieux, d'une thymie fluctuante, de troubles du sommeil et d'un manque de confiance. Il avait été hospitalisé à trois reprises à l'Hôpital Q._____ en psychiatrie en 2013. La Dresse N._____, qui s'occupait de la prise en charge psychothérapeutique, a estimé que l'assuré était en totale incapacité de travail dans son activité habituelle depuis le 20 février 2012 et confirmé qu'il était actuellement abstinent à l'alcool. Parmi les limitations fonctionnelles, elle notait des difficultés relationnelles, dans la gestion des émotions, liées aux tâches administratives, d'organisation du temps et à maintenir un rythme diurne/nocturne, ainsi qu'une hypersensibilité au stress, des phases de décompensation périodiques ; les capacités

d'organisation et d'adaptation au changement de l'assuré étaient également limitées. La Dresse N._____ indiquait que des activités exigeant des contacts, une grande autonomie, de l'endurance, de la précision, du stress, de la rapidité, une adaptation permanente ou des tâches complexes étaient contre-indiquées, mais elle envisageait la reprise d'un emploi à temps partiel.

Dans un courrier du 18 juin 2015, le Département de psychiatrie de l'Hôpital Q._____ a indiqué ne pas être en mesure de donner des informations sur l'assuré puisque celui-ci n'avait plus été pris en charge depuis deux ans.

Dans un rapport du 23 juin 2015, la Dresse N._____ a repris les termes de son précédent rapport.

Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est prononcé dans un avis du 13 novembre 2015. Il a considéré que l'assuré s'était désinséré du monde du travail dans un contexte de décompensation alcoolique et avait décompensé sur le mode de la dépression, ce qui l'avait conduit à plusieurs hospitalisations. Il a conclu qu'il s'agissait d'un alcoolisme primaire.

Le 30 novembre 2015, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision refusant tout droit aux prestations du fait que son incapacité de gain était avant tout due à sa toxico-dépendance.

L'assuré s'est opposé à ce projet par courriers des 9 décembre 2015 et 20 janvier 2016, invoquant que c'était la dépression uniquement qui lui avait fait perdre la maîtrise de sa vie. Il a précisé qu'il était disposé à être examiné par un psychiatre et qu'il souhaitait une aide pour une reconversion professionnelle et non pas une rente d'invalidité.

Il a transmis à l'OAI un certificat médical établi le 13 août 2015 par la Dresse N._____, qui mentionnait le suivre depuis octobre 2010 en raison de troubles dépressifs récurrents et consommation d'alcool. Il était

abstinent depuis 2012 et continuait à suivre les traitements psychothérapeutiques et psycho-pharmacologiques. Le pronostic était favorable vu la prise de conscience du patient par rapport à sa maladie.

Dans un rapport du 23 juin 2016, la Dresse N._____ a précisé que l'assuré souffrait de troubles dépressifs récurrents avec consommation d'alcool secondaire.

En réponses aux questions du SMR, la Dresse N._____ a indiqué, le 16 février 2017, que depuis six mois, les consultations avaient pu être espacées à raison d'une séance par mois. Elle a expliqué qu'il y avait une stabilisation sur le plan psychique depuis deux ans, que l'assuré était abstinente de toute consommation de boissons alcoolisées depuis ce temps-là, qu'il était parfaitement apte à travailler depuis plus de deux ans, mais qu'au vu de ses antécédents et de sa profession de [...], une reconversion professionnelle était souhaitable, précisant qu'il avait suivi un cours d'informatique dans le cadre du chômage.

Elle a transmis à l'OAI les résultats des analyses sanguines faites à la demande du SMR, des attestations des séjours de sevrage de l'assuré au [...] en février-mars 2012 et janvier-février 2013 ainsi que les rapports des hospitalisations de l'assuré à l'Hôpital Q._____ en décembre 2009, ainsi qu'en janvier, février et juillet 2013. Le rapport de sortie établi le 19 juillet 2010 par le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à l'issue du premier séjour de l'assuré à l'Hôpital Q._____ en décembre 2009, a conclu à un syndrome dépressif d'intensité moyenne à sévère, associé à une consommation d'alcool significative dans un contexte de déboires professionnels successifs et de désœuvrement actuel. Lors de son hospitalisation suivante, en janvier 2013, l'assuré se trouvait dans un contexte de dégradation psychosociale importante (divorce, conflit avec ses enfants, risque de licenciement et problèmes judiciaires). Son état dépressif était jugé de gravité moyenne. En juillet 2013, les médecins de l'Hôpital Q._____ ont estimé que son trouble dépressif récurrent était alors en rémission.

Dans un avis du 2 mars 2017, le SMR a relevé que le bilan biologique était dans la norme et que l'antidépresseur prescrit était mesuré dans les normes thérapeutiques. Du Citalopram était également retrouvé, mais celui-ci n'avait aucun effet démontré sur le maintien de l'abstinence selon le SMR. Il a sollicité des compléments d'informations auprès de la Dresse N._____.

Dans un courrier du 14 mars 2017, celle-ci a exposé que l'assuré avait recherché très activement un travail dans sa profession depuis déjà deux ans, malheureusement en vain. Elle a mentionné qu'il valait peut-être mieux qu'il évite des situations à risque ayant contact avec des boissons alcoolisées au quotidien, de sorte qu'elle conseillait une réinsertion professionnelle dans toute autre activité vu qu'il avait de bonnes ressources et un bon potentiel pour l'apprentissage.

Un examen neuropsychologique de l'assuré a été réalisé le 4 avril 2017 par la spécialiste en neuropsychologie J._____. Celle-ci a conclu à une atteinte cognitive légère à moyenne caractérisée par une dysfonction exécutive et attentionnelle modérée à sévère, interférant avec les processus mnésiques, d'origine probablement multifactorielle (séquelles de consommation abusive d'alcool, médication psychotrope, possible composante neurodéveloppementale de type TDA/H). Elle a retenu comme limitations fonctionnelles un dysfonctionnement exécutif diminuant de manière significative les capacités d'adaptation et l'autonomie de l'assuré dans les situations complexes, des troubles attentionnels l'empêchant de se concentrer de manière soutenue, des troubles mnésiques entravant les nouveaux apprentissages, une faible mémoire de travail et des répercussions comportementales (impulsivité, désorganisation du discours, etc.). Les conclusions de la neuropsychologue étaient les suivantes :

« Avec un tel tableau, des mesures professionnelles dans un environnement bienveillant et tenant compte des limitations susmentionnées sont envisageables.

Sur le plan strictement cognitif, le rendement dans une activité adaptée pourrait être légèrement diminué. Les limitations d'origine psychique sont à évaluer par un médecin psychiatre.

La nosognosie partielle, l'impulsivité et la problématique psychique sous-jacente incitent à la prudence quant à l'exposition de l'assuré à un milieu professionnel facilitant l'accès à l'alcool. Aussi une reconversion professionnelle dans un domaine autre que la [...] et [...] semble primordiale au maintien de l'abstinence, de même que la poursuite de la prise en charge médicale. Par conséquent, l'activité antérieure est clairement contre-indiquée. »

Dans un avis juriste du 22 juin 2017, l'OAI a considéré, notamment au vu de la réponse de la Dresse N. _____ du 14 mars 2017, qu'il ne semblait pas y avoir de véritables limitations psychiques chez l'assuré, mais que son médecin traitant avait le souhait de ne pas le mettre en contact avec de l'alcool pour éviter une rechute dans l'alcoolisme, ce qui n'était pas du ressort de l'AI s'agissant d'une atteinte non invalidante. Les résultats du test neuropsychologique ne devaient pas représenter un obstacle pour la reprise de l'activité habituelle, puisque l'assuré avait pu fonctionner jusqu'en 2012 et que son médecin traitant mentionnait de bonnes ressources et un bon potentiel d'apprentissage.

Dans un avis du 17 juillet 2017, le SMR s'est prononcé comme suit :

« L'assuré est inséré durablement dans l'économie depuis 1979 jusqu'en 2013 d'après les CI. Il a développé et mis en valeur[...] ses compétences dans le monde du [...] et de [...] pendant plus de 30 ans. Parallèlement il a fondé une famille qui est restée unie plus de 20 ans et qui a accueilli 3 enfants tous majeurs actuellement. L'assuré a suivi l'école de recrue en 1979, puis a obtenu un avancement comme officier. Il s'agit donc d'une trajectoire de vie ordinaire.

Le premier séjour en milieu psychiatrique remonte à décembre 2009 durant lequel un problème d'utilisation nocive de l'alcool pour la santé est relevé dans les diagnostics de sortie de l'hôpital Q. _____. L'hospitalisation de juillet 2013 s'effectue dans un contexte volontaire pour mise à l'abri de la consommation d'alcool. Les psychiatres écrivent alors que le trouble dépressif récurrent est en rémission. C'était déjà le cas lors du séjour de février 2013.

Fin 2015, après une période d'abstinence prolongée d'alcool, l'assuré a retrouvé son permis de conduire. La consommation est donc bien sous le contrôle de la volonté.

De novembre 2014 à janvier 2015, notre assuré a suivi avec succès une formation en informatique qui n'est possible qu'en l'absence d'obstacle neuropsychologique à une activité dans l'économie.

Les rapports des médecins de notre assuré retiennent un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen traité. Les troubles dépressifs légers à moyens, de nature épisodique ou récurrente, n'entrent dans le cadre des maladies invalidantes que s'il est avéré qu'ils résistent à toute thérapie. Dans de telles circonstances, il faut se trouver en présence d'une probabilité prépondérante et pas seulement dans le cas qu'on ne peut pas exclure cette possibilité. De plus, il faut que la thérapie ait été suivie de manière conséquente. Cela ne peut être admis dans le cas d'espèce puisque les psychiatres Q._____ estiment que la dépression est en rémission depuis 2013.

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 déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance.

Il convient de constater que les troubles psychiques dont souffrait notre assuré ont cessé dans les semaines qui ont suivi son rétablissement de son alcoolisme.

Aucune des pièces médicales au dossier n'établit une atteinte à la santé au sens de la LAI. »

Par décision du 23 août 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Dans la lettre accompagnant cette décision, l'OAI a notamment exposé ce qui suit :

« Nous avons soumis votre dossier à notre service juridique et avons retransmis ce dernier à notre service médical. Il s'en est suivi une expertise psychiatrique qui a confirmé notre position à savoir que la nature de votre problème provient de la consommation d'alcool.

Le droit aux mesures professionnelles n'est pas ouvert car vous ne souffrez pas d'une maladie invalidante au sens de l'AI. En effet, les troubles psychiques dont vous souffriez ont cessé dans les semaines qui ont suivi votre rétablissement de l'alcoolisme. Il s'agit dès lors d'un alcoolisme primaire, non pris en considération par l'AI.

Au vu de ce qui précède, votre contestation ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 2 décembre 2015 est fondé et doit être entièrement confirmé. »

B. Par acte du 19 septembre 2017, B._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une reconversion professionnelle. Il a fait valoir qu'il avait souffert de plusieurs dépressions depuis 2003, qui l'avaient conduit à plusieurs tentatives de suicide. Il a souligné qu'il avait pris lui-même en charge les frais pour sortir de sa dépendance à l'alcool, qu'il n'avait jamais bénéficié d'aucune aide sociale et qu'il était prêt à travailler. Il a sollicité un entretien afin de pouvoir débattre oralement de sa situation et demandait à ce que sa médecin-traitant soit interpellée.

Dans sa réponse du 28 novembre 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours après avoir relevé que même si une reconversion professionnelle s'avérait souhaitable, cela ne suffisait pas à ouvrir le droit aux prestations AI, lequel nécessitait l'existence d'une atteinte à la santé invalidante.

Le recourant a repris les griefs de son recours dans sa réplique du 4 janvier 2018, sur laquelle l'OAI s'est déterminé le 30 janvier 2018.

Dans un rapport du 1^{er} février 2018, la Dresse N._____ a mentionné, en plus des éléments déjà exposés dans ses précédents rapports, que le recourant présentait une symptomatologie anxio-dépressive en 2000 déjà dans le cadre de difficultés conjugales et professionnelles, qui l'avaient amené dans des épisodes de consommation d'alcool abusive, qu'il avait alors bénéficié d'une prise en charge psychiatrique par le Dr R._____. Elle a confirmé qu'il était abstinent de toute consommation de boissons alcoolisées depuis 2012 et très investi dans la prise en charge psychothérapeutique. Sa capacité de travail était totale, sur le plan physique et psychique.

Dans sa détermination du 26 février 2018, l'OAI a estimé que ce rapport n'amenait pas d'éléments nouveaux et a maintenu sa position.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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.

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

b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement à des mesures d'ordre professionnel sous forme de reclassement dans une nouvelle profession.

3. **a)** L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la maintenir ; les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18c LAI (art. 8 al. 2 let. b LAI).

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à une mesure de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 124 V 108 consid. 2b). Lorsqu'une personne a recouvré la capacité à reprendre l'exercice de son activité habituelle, elle ne remplit pas les conditions du droit à une mesure de reclassement (cf. TF 9C_413/2008 du 14 novembre 2008 consid. 2.2).

Le droit aux mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et aux mesures d'ordre professionnel prend naissance au plus tôt au moment où l'assuré fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (art. 10 al. LAI).

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

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.

c) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (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. 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_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 ; TFA I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités).

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).

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 précité consid. 5.3 et les références).

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. cit.).

b) De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans

indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) Dans la décision litigieuse, l'OAI estime que le recourant a présenté un alcoolisme primaire, qui a engendré ses troubles psychiques. L'intimé se base notamment sur l'avis du SMR du 17 juillet 2017, qui relève que les troubles psychiques du recourant ont cessé dans les semaines qui ont suivi son rétablissement à l'alcoolisme. Dans son avis du 13 novembre 2015, le SMR concluait déjà à la présence d'un alcoolisme primaire, sans toutefois motiver son appréciation puisqu'il notait uniquement que « [d]ans un contexte de décompensation alcoolique l'assuré s'est désinséré du monde du travail et a décompensé sur le mode de la dépression ce qui l'a conduit à plusieurs reprises à Q._____ ».

Contrairement à ce que laisse entendre la décision de l'OAI, aucune expertise psychiatrique n'a été effectuée pour déterminer l'origine primaire ou secondaire de la dépendance à l'alcool du recourant. Celui-ci a cependant été soumis à un examen neuropsychologique afin d'évaluer ses capacités cognitives et préciser son rendement ainsi que les éventuelles limitations fonctionnelles sur le plan neuropsychologique (cf. rapport d'examen p. 1).

De son côté, le recourant fait valoir qu'il a souffert de dépression dans le cadre de difficultés professionnelles puis familiales et que ces troubles ont engendré sa problématique alcoolique. Dans ses rapports des 23 juin 2016, 14 mars 2017 et 1^{er} février 2018, la Dresse N. _____ affirme qu'il s'agit d'un alcoolisme secondaire à son état anxio-dépressif.

Les rapports rédigés dans le cadre des hospitalisations du recourant à l'Hôpital Q. _____, transmis par la Dresse N. _____, ne permettent pas d'établir le caractère primaire ou secondaire de sa dépendance à l'alcool. Le rapport de sortie établi le 19 juillet 2010 par le Dr K. _____, à l'issue du premier séjour de l'assuré à l'Hôpital Q. _____ en décembre 2009 conclut à un syndrome dépressif d'intensité moyenne à sévère, associé à une consommation d'alcool significative dans un contexte de déboires professionnels successifs et de désœuvrement actuel. Il mentionne que l'assuré avait nié toute problématique alcoolique pendant de nombreuses années et indiqué que sa consommation d'alcool s'était accrue environ deux mois avant son séjour à l'Hôpital Q. _____. Le Dr K. _____ précise qu'un traitement d'Efexor avait déjà été introduit trois ans auparavant par le médecin traitant, alors que l'assuré avait été amené à démissionner du poste qu'il occupait en raison d'un conflit avec son employeur. Il décrit en outre une tentative avortée de passage à l'acte suicidaire, remontant à environ un an et demi à deux ans. Ainsi, ce rapport confirme que la problématique dépressive est ancienne, mais ne fait que rapporter les propos du recourant quant au début de sa dépendance à l'alcool.

b) Cela étant, le caractère primaire ou secondaire de la problématique alcoolique n'est toutefois pas déterminant en l'occurrence puisqu'il ressort des pièces du dossier que les troubles psychiques du recourant se sont stabilisés début 2015 - à tout le moins - et que depuis lors, ils n'entravent plus sa capacité de travail, comme l'indique la Dresse N. _____ dans son rapport du 16 février 2017. En effet, même si dans ses rapports des 21 mai et 23 juin 2015, elle a d'abord indiqué que le

recourant était en totale incapacité de travail depuis février 2012 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, elle a par la suite relativisé son appréciation puisque dans son rapport du 16 février 2017, elle indique une stabilisation sur le plan psychique depuis deux ans et précise que, depuis plus de deux ans, donc depuis début 2015, le recourant est parfaitement apte à travailler. En outre, il faut relever que dans le cadre de la détection précoce, le recourant a indiqué qu'il bénéficiait de l'assurance-chômage depuis juillet 2013, qu'il avait suivi un cours d'informatique du 25 novembre 2014 au 7 janvier 2015 (cf. attestation produite), qu'il arrivait en fin de droit et que c'était depuis le 25 mars 2015 qu'il avait été mis en arrêt complet par son médecin traitant, date qui figure également sur le certificat médical de la Dresse N._____ transmis à cette occasion. A noter que lors de sa dernière hospitalisation, en juillet 2013, les médecins de l'Hôpital Q._____ avaient estimé que son trouble dépressif récurrent était en rémission.

S'il n'est pas très clair de savoir quand a commencé l'incapacité de travail du recourant, il apparaît dans tous les cas qu'il a recouvré une pleine capacité de travail au cours des premiers mois de l'année 2015. Le « certificat médical » que la Dresse N._____ a rédigé le 13 août 2015 va également dans ce sens, puisqu'elle y atteste d'une bonne stabilisation sur le plan personnel et existentiel, ainsi que d'un pronostic très favorable. Dans le dernier rapport produit, daté du 1^{er} février 2018, la Dresse N._____ confirme que la pleine capacité de travail se poursuit.

Il apparaît en outre que le recourant peut faire valoir cette pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Certes, la Dresse N._____ et la neuropsychologue J._____ soutiennent la mise en place d'une mesure de réadaptation professionnelle en faveur du recourant. Dans son rapport du 16 février 2017, la Dresse N._____ précise qu'une telle reconversion professionnelle est « souhaitable » au vu des antécédents du recourant et de sa profession. Interrogée précisément par le SMR sur les empêchements et limitations fonctionnelles durables qui entravent l'activité de [...], elle a indiqué, le 14 mars 2017, que le

recourant avait recherché très activement un travail dans son métier depuis deux ans, en vain, et que « peut-être faudrait-il évit[er] des situations à risque ayant contact avec des boissons alcoolisées au quotidien ». Force est de constater, sur la base des explications de la Dresse N._____, que le recourant ne présente pas d'empêchement médical à exercer sa profession habituelle de [...], mais que la demande d'une reconversion professionnelle est un souhait du médecin-traitant en vue d'éviter une rechute dans l'alcoolisme. Il en va de même pour la neuropsychologue J._____, qui estime que l'activité habituelle est contre-indiquée en vue de maintenir l'abstinence à l'alcool. Toutefois, comme relevé dans l'avis juriste du 22 juin 2017, le souhait de ne pas mettre l'assuré en contact avec de l'alcool pour éviter une rechute dans l'alcoolisme, même s'il est tout à fait compréhensible, n'est pas du ressort de l'assurance-invalidité.

S'agissant des résultats de l'examen neuropsychologique, ils montrent certaines faiblesses du recourant au niveau cognitif, mais ne constituent pas pour autant des entraves à la reprise d'une activité professionnelle, la neuropsychologue J._____ évoquant tout au plus un rendement qui pourrait être légèrement diminué. En outre, comme l'a relevé l'OAI, ces limitations sont certainement présentes depuis un certain temps et n'ont pas empêché l'assuré de travailler jusqu'en 2012.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, l'octroi de mesures professionnelles ne se fait qu'en faveur d'assurés invalides ou menacés d'une invalidité. Le droit aux mesures d'ordre professionnel prend naissance au plus tôt au moment où l'assuré fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (art. 10 al. 1 LAI). En l'occurrence, il se trouve que le recourant a déposé sa demande de prestations le 24 avril 2015 et qu'il a ensuite très rapidement recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, voire était déjà capable de travailler dans sa profession à cette date-là. Il ne saurait par conséquent être considéré comme invalide ou menacé d'invalidité au sens de la loi. Le Tribunal fédéral a d'ailleurs eu l'occasion de préciser que l'assuré qui est apte à exercer son activité habituelle ne remplit pas les

conditions du droit à une mesure de reclassement (cf. TF 9C_413/2008 du 14 novembre 2008 consid. 2.2).

En conclusion, en l'absence d'atteinte invalidante, le refus de l'OAI de mettre le recourant au bénéfice d'une mesure professionnelle ou d'autres prestations de l'assurance-invalidité ne prête pas le flanc à la critique.

c) Au vu de ce qui précède, il n'apparaît pas nécessaire d'entendre le recourant ni d'interpeller la Dresse N._____. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 et les références citées). Les réquisitions du recourant en ce sens doivent par conséquent être rejetées.

6. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause et ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 23 août 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 du recourant.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- M. B. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :