

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 juin 2019

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mmes Silva et Gay, assesseures  
Greffière : Mme Neyroud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A. a)** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], au bénéfice d'un CFC (certificat fédéral de capacité) d'installateur sanitaire, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 20 septembre 2001, au motif qu'il souffrait de douleurs dorsales.

A cette époque, son médecin traitant, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a fait état de troubles statiques de la colonne vertébrale lombaire, d'un trouble de la personnalité anxieuse, type borderline, d'un ancien éthylisme chronique, ainsi que d'un colon spastique. (cf. rapport du 18 octobre 2001).

L'assuré ayant refusé de se soumettre à des mesures de réadaptation, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a, par décision du 27 septembre 2002, refusé la demande de prestations de l'intéressé.

**b)** Le 4 avril 2013, l'assuré a été victime d'un accident dans le cadre de son activité professionnelle en qualité de monteur sanitaire, se blessant à l'épaule droite. Les conséquences de cet évènement ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : CNA).

Le 15 mai 2013, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de lésion post-traumatique du tendon sus-épineux de l'épaule droite avec tendinopathie du long chef du biceps.

Une intervention chirurgicale s'est tenue le 22 mai 2013. Selon le protocole opératoire y relatif, l'opération a consisté en une arthroscopie de l'épaule droite, une synovectomie, une bursectomie et acromioplastie par arthroscopie de l'épaule droite, ainsi qu'en une réparation

arthroscopique du tendon sus-épineux de l'épaule droite selon la technique double rangée.

**c)** Le 2 octobre 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il souffrait d'une déchirure du tendon de l'épaule consécutive à son accident du mois d'avril 2013.

Selon le Dr R.\_\_\_\_\_, l'assuré était totalement incapable d'exercer son activité habituelle. Une activité sans port de charge de plus de 2 à 5 kg et sans mobilisation répétitive de l'épaule droite au-dessus du buste était théoriquement exigible à 100 % (cf. rapport du 12 décembre 2013).

Le 12 mai 2014, le Dr R.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'évolution de la première intervention du 22 mai 2013 avait été marquée par une persistance des douleurs à la mobilisation et au repos. Une IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) effectuée en décembre 2013 avait mis en évidence une lésion itérative du tendon sus-épineux droit. L'assuré présentait également un déficit fonctionnel et une baisse de force en abduction. Une reprise chirurgicale avait été effectuée le 5 février 2014. Pour le surplus, ce médecin a réitéré son appréciation sur les limitations fonctionnelles et sur la capacité de travail de l'assuré.

L'assuré a séjourné à la Clinique [...] (ci-après : Clinique N.\_\_\_\_\_) du 17 septembre au 14 octobre 2014. Dans le rapport de synthèse faisant suite à ce séjour (rapport du 24 octobre 2014), les Drs K.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, spécialistes en médecine physique et réadaptation, ont retenu les diagnostics suivants :

**« DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

- ***Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques et limitations fonctionnelles de l'épaule droite.***

**DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES**

- ***Traumatisme de l'épaule droite au travail le 04.04.2013***

- **Déchirure partielle du tendon du supra-épineux droit (Arthropathie IRM épaule droite du 29.04.2013)**

**Interventions :**

- **Arthroscopie de l'épaule droite avec réparation du tendon du sus-épineux, bursectomie, synovectomie et acromioplastie le 22.05.2013**
- **Arthrotomie de l'épaule droite avec acromioplastie, ténodèse du long chef du biceps droit, réparation du supra-épineux et réinsertion transosseuse du deltoïde antérieur le 05.02.2014 pour rupture itérative du tendon du supra-épineux, tendinopathie du long chef du biceps et lésion traumatique du chef antérieur du muscle deltoïde**

**CO-MORBIDITÉS**

- **Notion de kyste pancréatique (suivi annuel)**
- **Tachycardie sinusale asymptomatique**
- **Tabagisme actif (11 UPA)**
- **Probable syndrome de dépendance à l'alcool. »**

Les Drs K.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ ont en outre noté qu'aucune psychopathologie n'avait été retenue au cours du séjour. Quant aux limitations fonctionnelles, elles consistaient en une impossibilité d'effectuer une activité nécessitant des mouvements répétés du membre supérieur droit, des mouvements au-dessus du plan des épaules, ainsi qu'un port de charges lourdes répétées supérieures à 15 kg. Le pronostic dans une activité adaptée respectant ces limitations fonctionnelles était limité chez un assuré dont les facteurs contextuels (nature anxieuse, peur du mouvement) pouvaient présenter un frein.

Sur le plan de l'assurance-accidents, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen médical final de l'assuré le 16 janvier 2015. A cette occasion, l'assuré a déclaré avoir subi un nouvel accident le 28 décembre 2014, chutant sur son épaule gauche.

Le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit :

« Concernant l'épaule D, l'examen clinique met surtout en évidence une excellente récupération de la mobilité, tant en élévation qu'en abduction avec 170° d'amplitude. De plus, le testing de la coiffe des rotateurs montre une structure parfaitement compétente et indolore. Par contre, nous notons une décompensation significative de la musculature paravertébrale cervicale et dorsale haute du côté D sous la forme de douleurs à la palpation, sans véritable

contracture. Enfin, on note à hauteur du bras, une importante rétraction de la musculature du biceps exacerbée à la flexion du coude contre résistance et suggérant une rupture de la refixation du biceps à sa gouttière.

Pour l'ensemble de cette problématique de l'épaule D, nous n'avons aucune proposition thérapeutique particulière si ce n'est 2 x 9 séances de physiothérapie ciblée sur la musculature paravertébrale qui présente à notre avis une surcharge fonctionnelle à mettre également en relation avec la cypho-scoliose congénitale présentée par l'assuré.

En ce qui concerne l'épaule G, nous sommes en présence d'une luxation acromio-claviculaire stade I-II sans répercussion au niveau de la coiffe des rotateurs, bien que le testing de cette structure ne soit pas optimal. »

Le Dr G. \_\_\_\_\_ a pour le surplus estimé que la cypho-scoliose ne présentait aucune relation de causalité avec l'accident du mois d'avril 2013. Quant à l'accident du mois de décembre 2014, celui-ci devait faire l'objet d'une déclaration d'accident séparée. Selon ce médecin, la situation actuelle était stabilisée.

Dans un rapport du 16 mars 2015, le Dr L. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de périarthrite de l'épaule droite sur déchirure supra-épineux droit, de fracture du poignet droit, de kyste du pancréas, d'état dépressif récidivant avec consommation d'alcool récidivante, de conflit acromio-claviculaire gauche, de troubles statiques de la colonne et de gonarthrose débutante. Selon ce médecin traitant, l'assuré présentait une incapacité de travail complète dans son activité habituelle depuis le 4 avril 2013 compte tenu des limitations algiques dans tous les mouvements de l'épaule droite et à la marche, ainsi que de l'état dépressif réactionnel. Aucune activité adaptée n'était exigible en l'état.

S'agissant de l'accident du 28 décembre 2014, le Dr R. \_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 7 mai 2015, posé le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire gauche, grade II. Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'installateur sanitaire, mais que l'intéressé était théoriquement en mesure d'exercer une activité prohibant une mobilisation répétitive des deux épaules au-dessus du buste, ainsi que le port de charges supérieures à 2 à 5 kg.

Il ressort d'un rapport établi le 19 mai 2015 par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, que l'assuré a subi une opération le 7 mai 2015, consistant en une anoscopie et une mise à plat d'un abcès péri-anal à 7h en position gynécologique et débridement large.

Dans un avis du 24 juin 2015, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu à titre d'atteinte principale à la santé, un status après lésion traumatique de la coiffe de l'épaule droite (2013), ainsi qu'une luxation acromio-claviculaire grade I-II (2014). A titre de diagnostics associés, ne ressortant pas de l'assurance-invalidité, ce médecin a relevé un état dépressif récidivant avec consommation d'alcool récidivante depuis avant 2000, des troubles statiques de la colonne vertébrale, ainsi qu'une gonarthrose débutante. Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais pleine dans une activité adaptée, ce dès le 16 janvier 2015, se fondant sur l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_. Pour le surplus, le Dr W.\_\_\_\_\_ a relevé que le trouble de l'humeur rapporté par le Dr L.\_\_\_\_\_ ne pouvait être pris en compte car, d'une part, il n'était ni étayé, ni traité, et que, d'autre part, l'assuré n'avait montré aucun signe de trouble de l'humeur et/ou de trouble cognitif, lors de son séjour à la Clinique N.\_\_\_\_\_.

Par projet de décision du 3 novembre 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente d'invalidité limitée dans le temps, à savoir du 1<sup>er</sup> avril 2014, échéance du délai de carence d'une année, au 30 avril 2015, soit trois mois après le 16 janvier 2015, date de la récupération d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Malgré l'objection formée par l'assuré le 1<sup>er</sup> décembre 2015, l'OAI a, par décision du 19 février 2016, confirmé son projet de décision, dont il a repris la motivation.

Le 1<sup>er</sup> mars 2016, le Dr R.\_\_\_\_\_ a fait état d'une dégradation de la symptomatologie douloureuse, l'assuré n'étant plus en mesure d'effectuer une activité nécessitant la mobilisation de son épaule droite.

Dans un rapport du 16 mars 2016, le Dr Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F33.2), de phobies sociales (F40.1), de trouble de la personnalité anxieuse (évitante, [F60.6 ]), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (F10.2). Il a estimé que l'incapacité de travail était complète dans l'activité habituelle et a pour le surplus constaté ce qui suit :

« A l'examen, le patient faisant son âge, collaborant, et avec une bonne présentation physique, il tient la plupart du temps son bras droit, évitant les mouvements qui semblent provoquer une douleur intense et cela à la longueur des entretiens.

On est d'emblée frappé par la présentation dépressive : je constate une humeur dépressive avec faciès triste, un ralentissement psychomoteur avec voix monotone et faible, une lenteur de la pensée et de l'élocution, une difficulté de concentration. Je constate une excitation anxieuse surtout au début des entretiens, avec manifestations somatiques de l'anxiété (transpiration, soupirs). Des troubles de la libido de plaisir, une perte d'appétit et de poids. Une vision noire de l'avenir et un découragement. Un sentiment d'incurabilité majoré par l'enlisement des soins et le peu d'effet de sa médication antalgique.

Je constate un isolement social marqué par l'absence de liens d'amitiés significatifs, les liens familiaux sont maintenus avec ses parents et son frère, mais une tendance à ne pas vouloir les préoccuper de ses problèmes personnels.

L'échelle de Hamilton est à 35 points indique ainsi un état dépressif majeur, sévère.

La consommation d'alcool a probablement un effet anxiolytique, il est devenu probablement problématique même si M. S. \_\_\_\_\_ a tendance à minimiser l'effet de cette consommation, un bilan hépatique perturbé atteste d'une consommation nocive pour la santé actuellement. Il arrive par moment alcoolisé lors des entretiens. Son dernier bilan hépatique est perturbé avec G-GT à 279, ALAT à 68 et ASAT à 72 U/l. Je note une consommation modérée de cannabis qui ne semble interférer dans la symptomatologie psychologique.

Sur le plan de la personnalité, je constate des traits de la personnalité anxieuse, évitante. Surtout le sentiment envahissant de tension, le sentiment d'incompétence, la crainte de critique, le rétrécissement du mode de vie et la pauvreté relationnelle et l'évitement des situations sociales confrontantes.

Je ne constate pas de symptôme d'ordre psychotique. »

Au vu du contenu de ce rapport, l'OAI a annulé sa décision du 19 février 2016 et repris l'instruction du dossier de l'assuré (cf. courrier de l'OAI du 30 mars 2016 à l'attention de l'assuré).

Dans un rapport du 6 avril 2016, le Dr R. \_\_\_\_\_ a expliqué que l'assuré présentait une baisse de la fonction de l'épaule avec une augmentation de la symptomatologie douloureuse. L'intéressé était en incapacité totale de travailler dans son activité habituelle, comme dans une activité adaptée, ce depuis le 4 avril 2013, sa situation clinique n'étant pas stabilisée. Le 3 juin 2016, ce médecin a ajouté que les examens radiologiques démontraient une nouvelle lésion du tendon supra-épineux droit (cf. également rapport établi le 21 mars 2016 par la Dresse [...], spécialiste en radiologie, ainsi que rapport établi le 28 avril 2016 par le Prof. [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Le 22 juillet 2016, le Dr R. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était défavorable, tant au niveau de l'épaule droite que de l'épaule gauche. Les douleurs de l'épaule droite étant persistantes, l'assuré était amené à faire des efforts avec son épaule gauche, ce qui avait entraîné une décompensation douloureuse. Ce médecin confirmait pour le surplus l'incapacité totale de travail depuis le 4 avril 2013, une reprise même avec un aménagement n'étant en l'état pas réalisable.

Par courrier du 4 août 2016, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a répondu de la manière suivante aux questions de l'OAI:

« 1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail :

*Sur le plan psychiatrique :*

*F32.2 épisode dépressif sévère sans symptôme psychotiques*

*F60.6 personnalité anxieuse évitante*

*F10.20 troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance*

*Sur le plan somatique :*

*Merci de se référer aux médecins traitants, le patient souffre de douleurs invalidantes en lien avec des séquelles d'une opération sur un tendon de l'épaule.*

*D'une incontinence fécale*

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport :

*Je ne constate pas d'amélioration sur le plan psychique ni somatique. Le patient vit très replié sur lui-même avec peu d'interactions sociales. Sur le plan des douleurs qui restent ses plaintes principales la situation semble péjorée avec des douleurs à l'épaule gauche qui a été épargnée avant, avec une infiltration prévue cette semaine.*

3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

*La capacité actuelle est nulle. Le patient est suivi dans mon cabinet depuis le 23.12.2015 la date que je peux attester de son incapacité de travail pour les causes psychiatriques*

4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

*La complexité de la situation médicale du patient rend très difficile une réponse complète à cette question. Du point de vue psychique, je peux estimer qu'une capacité à 50 % serait envisageable si les autres composantes somatiques sont réglées, surtout les douleurs et cela de la fin de cette année.*

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

*Le patient souffre d'un état dépressif caractérisé par le ralentissement psychomoteur, une anxiété presque permanente surtout en dehors de chez lui avec un sentiment d'oppression et de tension interne, d'une absence de motivation et de plaisir, une perte de libido, d'une vision noire de son avenir. Le patient évite la foule, ne sort que dans les heures où il ne peut croiser personne, évitant ses voisins et ses connaissances. Très gêné par son incontinence fécale, qui peut arriver soudainement lors de ses sorties, il organise son parcours en prévoyant les WC publics.*

6. Quels sont les dates et les taux précis de l'arrêt de travail ?

*Pour les causes psychiques, je peux attester d'une incapacité de travail à 100 % depuis le 23.12.2016 [recte : 2015], la date de sa 1<sup>ère</sup> consultation dans mon cabinet, mais je peux estimer que cette incapacité était présente évidemment avant cette date.*

*Merci de vous référer aux différents médecins somatiques pour les causes somatiques de l'incapacité de travailler.*

7. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

*Tramal 100 X3/J + réserve de Tramal en gouttes  
Demetrain 10 mg X2/J  
Remeron 30 mg/J*

*8. Concernant l'alcoolisme, un thème souvent abordé avec le patient, il semble moins urgent par rapport au reste. Ci-joint les résultats des dosages effectués à votre demande.*

*9. Le niveau optimal d'alcool serait 1l par jour de bière maximum.*

*10. L'arrêt complet de la pratique alcoolique serait évidemment bénéfique mais difficile à ce stade de motiver le patient pour un sevrage au vu de la situation physique et psychique complexe décrite plus haut. »*

Le 8 octobre 2016, le Dr L.\_\_\_\_\_ a expliqué que la consommation d'alcool de l'assuré avait toujours été problématique (depuis 2001), notamment en raison de son effet anxiolytique nécessaire lors de nombreux épisodes de sa vie et pour ses troubles de l'humeur lorsque les anxiolytiques ou les antidépresseurs n'étaient pas suffisants. Cette consommation avait été fluctuante avec des périodes où elle n'avait que peu influencé sa vie professionnelle ou sa santé et d'autres où elle avait abouti à de réelles ruptures sociales, professionnelles ou de sa santé. Ce médecin a constaté la dégradation habituelle en rapport avec cette consommation, à savoir une augmentation des risques de traumatisme, de fractures par ostéoporose, de cirrhose hépatique et de problématique cardiovasculaire.

Dans un rapport remis à l'OAI le 21 octobre 2016, le Dr H.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de fistule ano-cutanée. A titre de restrictions sur l'activité habituelle, ce médecin a fait état d'une incontinence fécale avec écoulement et défection non-contrôlée répétée, initialement plusieurs fois par jour, désormais plus rarement, qui impactait le rendement de l'assuré. La capacité de travail devait être évaluée, mais pouvait éventuellement être fixée à 50 ou 70 %. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a joint à son rapport un courrier qu'il avait adressé le 25 août 2015 au Dr L.\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assuré a été réopéré le 17 août 2015 d'une procto-rectoscopie, mise à plat d'une fistule transanale à 7h en PG par fistulectomie, plastie sphinctérienne.

Dans un avis du 2 novembre 2016, le Dr X.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail complète dans son

activité habituelle mais une pleine capacité dans une activité adaptée, ce depuis le 16 janvier 2015. Il a pour le surplus noté ce qui suit :

« Le problème d'alcool est primaire. Il a fait le lit de la dépression qui s'estompera dans les semaines qui suivront le retour à la sobriété. Le déficit en vitamine D a été substitué. La fistule anale a été traitée sans séquelles. »

Un juriste de l'OAI a examiné le dossier et a conclu, dans un avis du 27 juillet 2017, que l'avis SMR susmentionné n'était pas suffisamment étayé, notamment sur le plan psychiatrique et qu'il convenait de développer les arguments pour lesquels l'appréciation du psychiatre traitant, notamment en matière de capacité de travail, n'était pas suivie.

Le 30 août 2017, le Dr R.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI du fait que l'évolution demeurait inchangée depuis son dernier rapport, avec une persistance des douleurs des deux épaules à prédominance à gauche.

Sur le plan psychiatrique, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a, dans un courrier du 9 septembre 2017, retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec symptômes somatiques (F33.1), d'anxiété généralisée (F41.1) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1).

Dans un avis SMR du 29 septembre 2017, le Dr X.\_\_\_\_\_ a maintenu sa position du 2 novembre 2016. Il a considéré que le Dr R.\_\_\_\_\_ avait déclaré que la situation était inchangée, que le Dr Y.\_\_\_\_\_ n'avait, quant à lui, pas amené d'élément montrant une aggravation ou un changement depuis le 2 novembre 2016 et que, par ailleurs, le problème d'abcès anal avait affecté la santé de l'assuré durant moins d'une année de sorte qu'il ne constituait pas une atteinte à la santé durable.

Par décision du 8 décembre 2017, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 30 avril 2015.

**B.** Par acte du 22 janvier 2018, S.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme en ce sens qu'un droit à une rente complète d'invalidité devait lui être reconnu au-delà du 30 avril 2015, subsidiairement, un droit à des mesures de reclassement. En substance, il a allégué que l'OAI n'avait pas pris en considération la globalité de son état de santé, mais s'était limité à prendre en compte l'atteinte à l'épaule pour lui reconnaître une incapacité totale de travail jusqu'au 30 avril 2015. Or, en sus de cette atteinte, il souffrait d'une seconde atteinte à l'épaule, de problèmes au niveau du colon ayant nécessité deux interventions chirurgicales, d'ostéoporose engendrant des fractures spontanées, ainsi que d'une dépression. Le cumul de ces atteintes ne lui permettait pas d'exercer une activité lucrative, ni même d'effectuer certaines tâches de la vie quotidienne.

En annexe de son recours, l'assuré a produit un rapport établi le 20 décembre 2017 par le Dr R.\_\_\_\_\_, dont il ressort ce qui suit :

« Sur la base de la problématique des épaules, Monsieur S.\_\_\_\_\_ est dans l'incapacité complète d'effectuer tout effort ou d'utiliser ses épaules dans une activité avec mobilisation répétée ou mobilisation des épaules au-dessus du buste.

A ceci, viennent s'ajouter d'autres problématiques, telles que des douleurs du rachis lombaire suivies par le Dr F.\_\_\_\_\_, une ostéoporose dans le contexte d'un OH chronique suivi par son médecin-traitant, le Dr L.\_\_\_\_\_, deux interventions chirurgicales au niveau du côlon, avec fistulisation para-anales et hémorroïdes, et finalement un état dépressif suivi par le Dr Y.\_\_\_\_\_, qui contribuent certainement à diminuer son rendement dans une activité professionnelle. »

Par réponse du 5 avril 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise, se référant en particulier aux avis émis par le SMR le 2 novembre 2016 et le 14 mars 2018, copie de ce dernier avis étant annexé aux déterminations de l'intimé. Aux termes de ce document, le Dr X.\_\_\_\_\_ a considéré que le rapport du 20 décembre 2017 du Dr R.\_\_\_\_\_ allait dans le sens d'une stabilité des troubles ostéoarticulaires des épaules. Par ailleurs, les dorsolombalgies chroniques

non déficitaires étaient couvertes par les limitations fonctionnelles retenues. Enfin, le problème d'alcool avait déjà été pris en compte dans l'instruction initiale, de même que les interventions sur le tube digestif. En l'absence d'aggravation ou de fait nouveau, il convenait de maintenir la position.

Interpellé par la Cour de céans, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a établi un rapport en date du 24 juin 2018, dont il ressort qu'il avait reçu l'assuré à une reprise le 16 décembre 2015. A cette occasion, il avait posé les diagnostics suivants :

« Lombosciatalgies droites dans un contexte de :

- Sévère perte du conditionnement global et du plan musculaire profond et lombo-abdominal.
- Status après réparation récurrente de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.
- Régression psycho-physique.

Cervico-scapulalgies bilatérales avec symptômes référés le long du versant interne du bras pour s'épuiser le long du tranchant cubital de la main D, sans altération de la dextérité du membre, et sans souffrance du nerf cubital dans sa gouttière épitrochléo-olécrânienne ou du canal de Guyon cliniquement.

- Status après entorse acromio-claviculaire gauche de grade II le 27.12.2014.
- Status après réparation du sus-épineux droit par arthrotomie avec ténodèse du long chef du biceps et réinsertion du deltoïde antérieur le 05.02.2014 pour rupture itérative intratendineuse du sus-épineux droit, tendinopathie du long chef du biceps et lésion du deltoïde antérieur.
- Status après réparation arthroscopique du tendon sus-épineux droit le 22.05.2013. »

Par ailleurs, le Dr F.\_\_\_\_\_ a estimé que face au déconditionnement physique de l'assuré, avec effondrement majeur des ressources personnelles, une reprise de son ancienne activité professionnelle d'installateur sanitaire n'était guère envisageable, étant donné l'atteinte concomitante du segment lombaire et de ses épaules avec une atteinte prédominant à droite. En revanche, dans une activité de manutention légère offrant des alternances de postures, une exigibilité professionnelle aurait pu être envisagée sur le plan purement théorique à la date de l'examen.

Par courrier du 12 juillet 2018, l'OAI a relevé que le Dr F.\_\_\_\_\_ n'avait vu qu'une seule fois l'assuré, le 16 décembre 2015, et que par ailleurs, l'avis de ce médecin confirmait celui du SMR, à savoir qu'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée était exigible.

Désormais représenté par son conseil, l'assuré a fait parvenir à la Cour de céans un mémoire complémentaire de recours en date du 19 septembre 2018. A teneur de cet écrit, l'intéressé a sollicité le renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Il a allégué que l'autorité intimée n'avait pas discuté de sa problématique psychique, ni de celle liée à sa consommation d'alcool. Par ailleurs, l'avis du Dr X.\_\_\_\_\_ consistant à dire que le problème d'alcool était primaire, sans autre forme de motivation, était contredit par les appréciations des Drs Y.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_.

A l'appui de son écriture, l'assuré a produit un rapport établi le 4 septembre 2018 par le Dr Y.\_\_\_\_\_, répondant aux questions du conseil de l'intéressé. Les éléments suivants ressortent de ce document :

**« Quel est le rôle joué par la dépendance à l'alcool de M. S.\_\_\_\_\_ sur sa capacité de travail ?**

Un sevrage a été fait à la Fondation [...]. Depuis, ses tests des fonctions hépatiques n'ont pas démontré une consommation excessive d'alcool leurs valeurs sont dans les limites de normal depuis 3 ans (copie ci-joint). Actuellement, l'incapacité de travail découle de ses problèmes somatiques engendrant une douleur quasi permanente et intense et de l'état anxio-dépressif. Depuis bientôt trois ans que je vois Monsieur S.\_\_\_\_\_ à mon cabinet, toujours en état de sobriété, nous évoquons et quantifions systématiquement sa consommation d'alcool de façon ouverte et cette consommation, essentiellement de la bière, reste dans les limites acceptées socialement et médicalement.

**Quel est le rôle joué par les troubles psychiques de Monsieur S.\_\_\_\_\_ sur sa capacité de travail ?**

L'état anxieux et dépressif engendre des retentissements majeurs sur les capacités cognitives et sociales du patient, par une tendance à l'évitement des contacts sociaux, par le ralentissement psychique, sinon par une anticipation anxieuse, une dévalorisation, une perte de plaisir et une image de soi fortement dégradée.

**Comment interagissent les troubles psychiques et la dépendance à l'alcool de Monsieur S. \_\_\_\_\_ ?**

Une personne anxieuse et qui manque de confiance en soi peut avoir recours à l'alcool pour avoir plus de facilités sociales. Ce constat général peut expliquer la consommation excessive d'alcool durant sa jeunesse, mais la consommation actuelle d'alcool de M. S. \_\_\_\_\_ ne joue plus ce rôle. La consommation actuelle est solitaire, n'engendre pas une désinhibition ni une euphorie et ne facilite pas les liens sociaux.

**A quel taux pourrait être évaluée la capacité de gain de Monsieur S. \_\_\_\_\_ si l'on faisait abstraction des effets de sa consommation d'alcool ?**

Le taux de capacité actuelle est à 0 %, en faisant abstraction des effets de sa consommation d'alcool, par l'accumulation de ses problèmes somatiques graves et invalidants, de son état anxieux dépressif chronique et de son trouble de la personnalité. »

Le 9 octobre 2018, l'OAI a objecté que le SMR avait examiné les rapports du Dr Y. \_\_\_\_\_. Ce service avait par ailleurs estimé que le problème d'alcool était primaire, après investigation auprès du psychiatre. Enfin, concernant le trouble de la personnalité, le Dr Y. \_\_\_\_\_ n'avait jusqu'ici pas posé un tel diagnostic. Les diagnostics de trouble dépressif et anxiété généralisée, ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, de syndrome de dépendance et d'utilisation nocive pour la santé avaient quant à eux fait l'objet d'un examen par le SMR.

L'assuré a réitéré ses arguments dans une correspondance du 7 décembre 2018, développant en particulier le contenu des rapports établis le 4 août 2016 par le Dr Y. \_\_\_\_\_, respectivement le 8 octobre 2016 par le Dr L. \_\_\_\_\_.

**E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 avril 2015.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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).

**b)** Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C\_600/2013 du 18 mars 2014 consid. 2.2).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 et les références).

En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

**c)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. En 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 418 et 143 V 409).

**d)** 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 et les références citées).

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 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 (TF 9C\_618/2014 précité consid. 5.3 et les références citées).

**e)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Fondés sur l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 LAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement

contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

**f)** De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2)

**4.** En l'espèce, le droit du recourant à une rente complète d'invalidité entre le 1<sup>er</sup> avril 2014 et le 30 avril 2015 n'est pas contesté. Seule la persistance de ce droit à compter du 1<sup>er</sup> mai 2015 fait l'objet du présent litige. Il convient ainsi de déterminer si l'intéressé a présenté une atteinte à la santé invalidante au-delà de cette date.

**a)** L'intimé a retenu, en se fondant sur les avis du SMR, que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 16 janvier 2015. Il a en effet retenu que les lombalgies n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité et que le recourant présentait une pleine capacité de travail dès le mois de janvier 2015 s'agissant de la lésion à l'épaule droite, ainsi que de la luxation acromio-claviculaire à l'épaule gauche. Tel que cela ressort de l'avis du 24 juin 2015, le SMR a, à cet égard, suivi l'appréciation du Dr G.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA (cf. rapport du 16 janvier 2015). Or, on relève que l'examen de ce médecin était circonscrit à la problématique

de l'épaule droite, tandis qu'il appartenait à l'intimé d'apprécier l'ensemble des pathologies rencontrées par le recourant.

Certes, le Dr R. \_\_\_\_\_ - qui a examiné les atteintes aux épaules droite et gauche - a dans un premier temps partagé l'avis du SMR sur la capacité de travail du recourant (cf. rapports du 12 décembre 2013, du 12 mai 2014 et 7 mai 2015). Néanmoins, il a, dès le 1<sup>er</sup> mars 2016, attesté d'une dégradation de l'état de santé de son patient. Dans un rapport du 22 juillet 2016, ce médecin a retenu que le recourant n'était désormais plus apte à exercer une activité lucrative, compte tenu de la persistance des douleurs au niveau de l'épaule droite et de la décompensation douloureuse au niveau de l'épaule gauche. Une reprise, même avec un aménagement, n'était selon lui pas réalisable. Or le SMR, *a fortiori* l'intimé, n'ont pas discuté de cette évolution défavorable, qu'ils ont au demeurant totalement éludée.

Plus récemment encore, soit dans son rapport du 20 décembre 2017, le Dr R. \_\_\_\_\_ a confirmé l'impossibilité du recourant d'effectuer tout effort ou d'utiliser ses épaules dans une activité avec une mobilisation répétées des épaules ou des mouvements au-dessus du buste. Ce rapport est certes postérieur à la décision du 8 décembre 2017 ; néanmoins, il a trait à une situation prévalant déjà au moment où celle-ci a été rendue et est de nature à influencer l'appréciation faite dans la décision entreprise. Par conséquent et en application de la jurisprudence citée *supra* (cf. consid. 3f), il convient de tenir compte de ce rapport dans le cadre du présent examen.

Force est ainsi de constater que la situation orthopédique du recourant n'a pas fait l'objet d'un examen suffisant et actualisé de la part de l'intimé, étant précisé que l'on ne saurait se fonder sur l'appréciation du Dr F. \_\_\_\_\_, qui n'a vu le recourant qu'à une reprise, de surcroît deux ans avant la décision litigieuse. Au demeurant, son pronostic était à tout le moins réservé.

S'agissant de l'atteinte du côlon, le Dr H.\_\_\_\_\_, a retenu que l'incontinence fécale dont souffrait le recourant impactait son rendement, de sorte que sa capacité de travail devait être fixée à 50 ou 70 %. Or, l'intimé n'a également pas discuté de cette appréciation, se limitant à retenir que la lésion était guérie et avait affecté la santé du recourant durant moins d'une année de sorte qu'elle ne constituait pas une atteinte à la santé. Ce raisonnement ne saurait néanmoins être suivi dans la mesure où l'on ne saurait déduire de la seule guérison d'une atteinte qu'elle n'entraîne pas d'incapacité de travail, respectivement de limitations fonctionnelles. Il appartenait à l'intimé d'examiner plus en avant les conséquences de l'atteinte viscérale, ce qu'il a omis de faire.

Quant au diagnostic d'ostéoporose évoqué par les Drs R.\_\_\_\_\_, et L.\_\_\_\_\_, celui-ci a été totalement ignoré du SMR et donc de l'intimé.

Au vu de ce qui précède, le dossier n'était pas complet du point de vue somatique et l'intimé n'était pas fondé à statuer sur le droit aux prestations sans mettre en œuvre un examen somatique ou une expertise, les rapports produits n'étant pas suffisants pour rendre une décision à satisfaction de droit.

**b)** Sur le plan psychiatrique, le SMR, dont les avis fondent la décision de l'OAI, a retenu que le recourant ne souffrait d'aucune psychopathologie incapacitante, écartant le trouble de l'humeur au motif notamment que l'intéressé n'avait montré aucun signe d'un tel trouble lors de son séjour à la Clinique N.\_\_\_\_\_ (cf. avis du 24 juin 2015). Or, si dans leur rapport du 24 octobre 2014, les Drs K.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ n'ont pas posé de diagnostic psychiatrique formel, ils ont néanmoins fait état d'une nature anxieuse. Cette anxiété a du reste régulièrement été mise en avant par les médecins traitants du recourant. On relève en particulier que le Dr Y.\_\_\_\_\_ - pour qui la capacité de travail était nulle depuis à tout le moins le 23 décembre 2015 - a, dès son premier rapport en mars 2016, posé le diagnostic de trouble de la personnalité anxieuse. Cet avis d'un spécialiste en psychiatrie confirme ainsi l'appréciation du Dr L.\_\_\_\_\_

pour qui le recourant souffre d'un tel trouble depuis à tout le moins 2001 (cf. rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 18 octobre 2001). La question se pose donc de savoir si ce trouble anxieux a pu entraîner la dépendance à l'alcool, compte tenu de l'effet anxiolytique notoire de cette substance.

Le SMR a estimé que l'alcoolisme du recourant était primaire et qu'il faisait le lit de la dépression (cf. avis SMR du 2 novembre 2016). On relève néanmoins que Dr L. \_\_\_\_\_ a expliqué que la consommation d'alcool de l'assuré avait toujours été problématique, notamment en raison de son effet anxiolytique, lorsque les médications prescrites ne suffisaient pas (cf. rapport du 8 octobre 2016). Pour le Dr Y. \_\_\_\_\_ également, la consommation d'alcool avait probablement un effet anxiolytique (cf. rapport du 16 mars 2016). Ce médecin a en outre indiqué que ce problème semblait moins urgent par rapport au reste (cf. rapport du 4 août 2016). Ces avis, dont il paraît plutôt ressortir que l'alcoolisme du recourant serait secondaire, n'ont pas été discutés par le SMR qui a péremptoirement maintenu sa position dans son dernier avis du 29 septembre 2017. Malgré les recommandations formulées par un juriste de l'intimé le 27 juillet 2017, le SMR n'a en effet pas développé plus en avant les arguments pour lesquels il s'écartait de l'appréciation du psychiatre traitant, se limitant à dire que le Dr Y. \_\_\_\_\_ n'avait pas amené d'éléments montrant une aggravation depuis l'avis du 2 novembre 2016. La position du SMR quant au caractère primaire de la dépendance à l'alcool relève ainsi de la simple affirmation et n'est manifestement pas suffisamment étayée, si bien qu'elle ne saurait convaincre, ni permettre de se positionner adéquatement quant au lien entre la consommation d'alcool du recourant et ses pathologies psychiatriques.

Il ressort par ailleurs du rapport du 4 septembre 2018 du psychiatre traitant – dont il convient de tenir compte par identités de motifs avec le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 20 décembre 2017 (cf. consid. 4a) – que les tests effectués depuis le sevrage à la Fondation [...] présentent des valeurs dans les limites de la norme (cf. rapport du 4 septembre 2018). Or, en présence de tels résultats, la question se pose

également de savoir si le trouble dépressif ne constitue pas une comorbidité psychique indépendante de la consommation d'alcool, dont l'origine pourrait résider dans l'évolution défavorable de l'état de santé de l'assuré ensuite de ses accidents et des séquelles de son atteinte au côlon. Cette question - à laquelle aucun des rapports médicaux ne répond - doit également faire l'objet d'une plus ample investigation.

**5. a)** Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas d'apprécier à satisfaction de droit le caractère invalidant des atteintes somatiques et psychiques dont le recourant souffre, lesquelles semblent de surcroît interagir en elles.

Le Dr R. \_\_\_\_\_ a en effet relevé dans son rapport du 20 décembre 2017 qu'en sus des atteintes au niveau des épaules, le recourant présentait des douleurs au rachis lombaire, une ostéoporose dans un contexte de consommation d'alcool, des atteintes au niveau du colon et un état dépressif, qui contribuaient certainement à diminuer son rendement. Cette corrélation entre les atteintes ressort également de l'appréciation du Dr Y. \_\_\_\_\_, pour qui la capacité de travail du recourant était nulle du fait de l'accumulation des atteintes somatiques graves, de l'état anxieux dépressif chronique et du trouble de la personnalité (cf. rapport du 4 septembre 2018).

Il convient par conséquent de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant à tout le moins l'appréciation d'un spécialiste en orthopédie, compte tenu des lésions aux épaules et des lombalgies, d'un spécialiste en médecine interne ou en gastro-entérologie et d'un spécialiste en psychiatrie. Dès lors que c'est à l'office intimé qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), il convient de renvoyer la cause à cette autorité afin qu'elle apprécie l'opportunité de désigner d'autres spécialistes en fonction des différentes atteintes

présentées par le recourant et qu'elle mette en œuvre cette expertise pluridisciplinaire.

**6. a)** En conclusion, il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il procède à un complément d'instruction dans le sens des considérants, avant nouvelle décision.

**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 frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe. Le montant des dépens couvre l'indemnité qui aurait été allouée au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 8 décembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants.
  
- III. Les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S. \_\_\_\_\_ une indemnité de dépens fixée à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs).

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Joël Crettaz (pour S. \_\_\_\_\_),
- 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 :