

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 juillet 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Küng et Mme Saïd, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 - 2 et 29 LAI

E n f a i t :

A. a) Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...] et père de famille divorcé, travaillait comme « collaborateur [...] » pour le compte de G._____ SA, à [...]. Le 8 octobre 2012, il a été annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre d'une démarche de détection précoce. Selon le formulaire idoine, complété par l'assureur perte de gain, l'assuré était totalement incapable de travailler depuis le 7 mars 2012 en raison d'une affection psychique et d'une addiction à l'alcool. A la suite de cette intervention, l'OAI a observé que le dépôt d'une demande de prestations pour adultes n'était pas indiqué, l'intéressé voyant son état de santé s'améliorer avec une reprise du travail dès le 3 décembre 2012 et une pleine capacité attendue d'ici à la fin de l'année 2012.

b) Après une première rechute en 2013, l'assuré a séjourné pour une nouvelle postcure de sevrage à la Fondation A._____, à [...], de mai 2014 à début décembre 2014, tentant la reprise d'une activité professionnelle en novembre 2014, laquelle s'est soldée par son licenciement au 30 décembre 2014. Au bénéfice d'un certificat d'arrêt de travail depuis le 22 janvier 2015 pour dépression, anxiété et alcoolisme, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 27 octobre 2015.

Dans le dossier médical constitué par l'assureur perte de gain (K._____), figure notamment un rapport d'expertise du 27 mai 2015 aux termes duquel le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a posé les diagnostics de dépendance à l'alcoolisme primaire, utilisation continue (F10.25) et d'épisode dépressif moyen (F32.1) en cours de rémission. Selon le Dr H._____, après deux semaines d'abstinence, soit dès le 8 juin 2015, une capacité de travail entière était exigible de la part de l'assuré.

Suivi par la Z.Z._____ à la fréquence de trois jours par semaine, l'assuré a séjourné, de février à août 2015, à quatre reprises auprès de l'unité de psychiatrie adulte [...] à la Fondation de F._____, à [...], puis dès le 1^{er} septembre 2015, à la Fondation A._____. Après l'échec de son sevrage, il a été à nouveau hospitalisé à la Fondation de F._____ du 30 juillet au 29 août 2016 et du 7 au 19 octobre 2016.

L'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré, soit auprès de la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, de la Fondation de F._____, du Dr X._____, spécialiste en neurologie, de la Prof. N._____, cheffe du service de neuropsychologie et de neuro-réhabilitation au CHUV, du Dr R._____, spécialiste en rhumatologie. Dans son rapport du 7 mars 2016, la Dre P._____ a posé notamment les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel de degré moyen, avec syndrome somatique, de personnalité émotionnellement labile, avec des traits narcissiques, de dépendance à l'alcool, abstinent depuis le 31 juillet 2015 dans un environnement protégé, et a attesté d'incapacités de travail à 100 % d'août 2012 à décembre 2012, d'avril 2014 à décembre 2014 et depuis le 20 janvier 2015.

Ensuite de cette instruction médicale, l'OAI a confié au M._____ SA (ci-après : le M._____) à [...], le soin de procéder à une expertise pluridisciplinaire. Effectuée par les Drs D._____, spécialiste en médecine interne générale, J._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et T._____, spécialiste en neurologie, l'expertise se fonde sur des examens cliniques, effectués les 9, 12 et 16 mai ainsi que le 3 juillet 2017, ainsi que sur l'étude du dossier médical mis à la disposition des experts. Déposé le 17 octobre 2017, leur rapport résume les pièces médicales et administratives versées au dossier, comprend l'anamnèse personnelle, familiale et socioprofessionnelle de l'assuré, relate ses plaintes actuelles, décrit sa vie quotidienne et sociale, rend compte du status clinique ainsi que des examens complémentaires pratiqués (test

sanguin et monitoring médicamenteux, rapports de laboratoire et médicaux). Ces experts ont retenu les diagnostics suivants :

“1.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?

- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1). Dès 2010.
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1).
- Polyneuropathie sensitive des membres inférieurs et atteinte cérébelleuse statique et cinétique, liées à une consommation abusive d'alcool (depuis 2012 surtout).
- Troubles neuropsychologiques modérés (léger fléchissement attentionnel).
- Bronchopneumopathie chronique obstructive tabagique (60 UPA) de stade Gold III.

1.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?

- Stéatose hépatique alcoolique.
- Ancienne hépatite B.
- Cervicalgies sans substratum anatomique depuis une date non précisée.
- Lombalgies basses sans substratum anatomique depuis environ dix ans.
- Déconditionnement musculaire global depuis 2016.
- Status post fracture du radius distal gauche en 2010.
- Status post fracture du second orteil gauche en 2016.”

Avant de conclure à une capacité de travail nulle existant en tout cas depuis 2014 pour des raisons psychiatriques et neuropsychologiques, les experts ont retenu les éléments suivants :

“Sur le plan de la médecine interne, notre examen a montré un foie agrandi ; toutefois, les tests hépatiques, normalisés en mai dernier, montre[nt] que l'hépatite alcoolique a guéri et qu'il persiste que la stéatose. La BPCO [bronchopneumopathie chronique obstructive] se traduit par quelques sibilan[t]s à l'auscultation et des bruits cardiaques éloignés en raison de l'emphysème centrolobulaire décrit sur l'angio-CT thoracique de mars 2017. Un traitement bronchodilatateur d'Ultibro a débuté à cette date, avec effet favorable sur la dyspnée.

Monsieur Q._____ présente donc une stéatose hépatique et une BPCO de stade Gold III ; lors de l'hospitalisation de mars dernier, l'exploration fonctionnelle respiratoire révélait un VEMS [volume expiratoire maximal par seconde] à 32% et un rapport de Tiffeneau à 55% des valeurs prédites, sans amélioration après bronchodilatateur ; quant à la gazométrie, la pCO2 était à 52 mmHg, pour une pCO2 à 41 mmHg. En raison de cette BPCO, l'expertisé ne peut pas exercer d'activités requérant des efforts physiques.

La valeur de CDT [Carboxy Deficient Transferrin] de mai dernier, à 1,97%, parle contre une consommation d'alcool élevée, ce qui concorde avec la normalisation des tests hépatiques.

Sur le plan de la médecine physique et réadaptation, Monsieur Q._____ ne prend actuellement que du Lyrica, surdosé si l'on en croit le dosage sanguin ; cela diminue ses douleurs. Il se plaint toujours de douleurs poly-insertionnelles et de rachialgies. L'examen clinique montre une mobilité totale et indolore des articulations des membres.

La mobilisation du rachis cervical et lombaire est discrètement douloureuse. Le tableau dans lequel dominant les troubles psychiatriques alors que les douleurs sont mal définies, et l'examen clinique qui ne retrouve aucun point de Smythe douloureux ne permettent pas de retenir le diagnostic de SPID (actuellement assimilé à la fibromyalgie).

L'état orthopédique actuel ne contre-indique aucune activité professionnelle.

Sur le plan neurologique, Monsieur Q._____ signale des sensations vertigineuses accompagnées de troubles de l'équilibre, un léger tremblement des mains, des difficultés de concentration et quelques oublis. Le moral est mauvais, la situation financière très difficile. Parallèlement, il persiste des douleurs multiples de localisation rachidienne et des 4 extrémités. L'expertisé n'a pas l'impression de troubles sensitifs, mais d'une diminution globale de la force.

Notre examen neurologique montre une atteinte cérébelleuse cinétique et statique, avec discrète dysmétrie bilatérale aux épreuves doigt-nez, doigt-nez-doigt et talon-genou, et une instabilité nette en station pieds joints, avec impossibilité de marcher un pied devant l'autre. On retrouve également une atteinte polyneuropathique sensitive des membres inférieurs, caractérisée par une aréflexie achilléenne et une hypopallesthésie, ainsi qu'une épreuve de Romberg positive. Ces anomalies sont une conséquence de l'alcoolisme. Nous n'avons pas pratiqué de bilan neuropsychologique détaillé mais avons pris note du fait que le bilan effectué au Service de neuropsychologie du CHUV en 2016 n'a démontré qu'un léger fléchissement. Il est toutefois probable que Monsieur Q._____ présente quelques troubles de la mémoire et de la concentration, comme il le mentionne spontanément.

Sur le plan thérapeutique, il convient bien évidemment que Monsieur Q._____ tente de stopper (et non seulement de diminuer) sa consommation d'alcool, parallèlement à la prise régulière d'une polyvitaminothérapie sous forme de Benerva et de Becozym. Les traitements précités seraient de nature à améliorer l'état neurologique du sujet.

Sur le plan de la capacité de travail, si l'on admet que l'examen neuropsychologique pratiqué au Service de neuropsychologie du CHUV n'a montré qu'un fléchissement intellectuel modéré, les anomalies mises en évidence au présent status ne représentent pas une cause d'incapacité de travail dans une activité sédentaire, telle

que celle exercée préalablement par Monsieur Q._____. Il faut toutefois relever que, dans leurs conclusions, les neuropsychologues du CHUV ont considéré qu'il était possible, du point de vue cognitif, que le rendement soit diminué dans la profession de banquier. Il conviendrait donc que l'activité soit non seulement sédentaire, mais relativement simple et répétitive, sans apprentissage important, sans responsabilité, au vu de probables troubles neuropsychologiques modérés, dépassant le cadre du léger fléchissement attentionnel décrit par le Prof. N._____ en mars 2016 (il s'agissait apparemment d'évaluer l'aptitude à la conduite automobile).

Sur le plan psychique, il convient d'abord de discuter de l'existence ou non d'un trouble de la personnalité. Le psychiatre traitant, Dre P._____, a retenu un trouble de la personnalité émotionnellement labile avec traits narcissiques, alors que les psychiatres de la clinique du F._____ parlent, eux, d'une personnalité narcissique (cf. rapport du 3.04.2017). La personnalité borderline se caractérise par plusieurs aspects cliniques : une intensité et instabilité des réactions émotionnelles, une impulsivité, une imprécision du sentiment de l'identité du soi (l'identité restant perturbée dans sa construction), une gestion des affects déficitaire avec fluctuation de l'humeur. Sur le plan affectif, on trouve une hypersensibilité au rejet et des comportements abandonniques, avec réactivité exagérée, ce qui rend la relation à autrui instable, le plus souvent décevante et inaboutie. La personnalité narcissique, quant à elle, se caractérise par l'infatuation, le besoin constant d'admiration avec la recherche d'un status spécial, l'indifférence aux autres et même une tendance à les exploiter. Ces deux troubles de personnalité sont connus pour être associés à des conduites addictives.

Nous n'avons retenu aucun de ces deux diagnostics. Les arguments mis en avant par le Dr H._____, dans son expertise, sont pertinents ; il explique que, pour retenir un trouble de la personnalité (soit distinguer le normal du pathologique), il faut respecter certaines caractéristiques : une atteinte de la personnalité se traduit par des modalités de comportement profondément enracinées et durables, qui sont source de souffrances personnelles et entravent la construction et l'organisation de la vie de l'individu ; elles consistent en réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales, en troubles représent[ant] des déviations soit extrêmes, soit significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée ; ces types de comportements sont stables, donc se retrouvent tout au long de la vie du patient. Chez Monsieur Q._____, malgré une enfance perturbée et une lourde morbidité psychique familiale, on ne met pas en évidence de handicap majeur dans son fonctionnement remontant à l'adolescence/début de l'âge adulte. Le trouble de la personnalité émotionnellement labile est toujours une pathologie de personnalité lourde, génératrice d'une instabilité globale et durable, qui perturbe la construction existentielle de la personne ; or cet aspect n'est pas retrouvé chez l'expertisé puisque ses troubles psychiques ne seraient apparus que tardivement dans son histoire. Par ailleurs, il a suivi une formation, a eu des emplois stables, et deux relations affectives investies de longue durée. Quant au diagnostic de personnalité narcissique, il ne paraît pas réaliste ; en effet, on ne

trouve pas du tout ses deux caractéristiques cliniques cardinales, soit le besoin excessif d'être admiré et un manque d'empathie. De même, le trouble de personnalité retenu par la Dre P._____, qui mêle le borderline et le narcissique, ne correspond pas aux classifications en vigueur (CIM ou DSM).

Selon les dires de l'expertisé, les facteurs à l'origine de la dégradation de son état psychique dès ses 40 ans sont des pertes/séparations dont il a eu beaucoup de difficulté à faire le deuil (perte de sa mère puis son second divorce). Il a également beaucoup de peine à se gérer lorsqu'il se trouve seul. Ces éléments seraient plutôt évocateurs d'une forme de dépendance à autrui. Mais, au maximum, on ne pourrait évoquer que des traits dépendants, non pas un trouble de la personnalité *per se*, car là aussi, pour retenir cette pathologie, il faudrait une dégradation plus précoce, durable et marquée de son fonctionnement affectif et social.

Comme pathologie centrale, il existe indéniablement une dépendance à l'alcool, soit une incapacité de la part de l'expertisé de maîtriser sa consommation d'alcool en raison d'une dépendance à la fois physique et émotionnelle aux boissons alcoolisées, qui se serait progressivement développée depuis plus de dix ans et qui domine le tableau clinique. A notre avis, il existe un aspect génétique, familial, à la toxicomanie de Monsieur Q._____, qui fume aussi énormément, car autant son père que son frère et sa sœur ont présenté des conduites polyaddictives et en sont morts. Il s'agirait d'un trouble primaire, car il n'est pas précédé par d'autres troubles psychiques, avec comme précité une composante génétique dans ce cas.

Au moment de la présente expertise, Monsieur Q._____ est à peine stabilisé dans sa consommation, dans le sens que, malgré un cadre thérapeutique très strict, il n'est pas abstiné mais n'abuse plus du produit, comme en témoignent les tests sanguins pratiqués. On ne peut donc pas conclure qu'il est libéré de sa dépendance ; d'autre part, on note un envahissement et un changement identitaire avec des conséquences négatives en termes sociaux, professionnels et somatiques multiples.

Enfin, la présente évaluation confirme une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne, à la limite du sévère, qui se traduit par une humeur à dominante dysphorique, des ruminations pessimistes et négatives, une inhibition marquée avec une asthénie/fatigabilité, une perte de motivation, une anhédonie, un sommeil restant perturbé, et une perte de la confiance en soi. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni d'idéation suicidaire.

Si l'on se réfère aux critères diagnostiques de la CIM-10 [10^{ème} révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes], on se doit de retenir un diagnostic de dépression moyenne, car trois critères majeurs ou indispensables sont présents (abaissement de l'humeur, augmentation de la fatigue et diminution de l'intérêt) et au moins quatre autres critères (diminution de la confiance en soi, attitude morose et pessimiste face à l'avenir, baisse de l'estime de soi, perturbation du sommeil).

Il ne s'agit pas du premier épisode dépressif, puisqu'il y a des antécédents retrouvés sur le plan psychiatrique dans ce domaine ; de ce fait, il faut parler d'un trouble dépressif récurrent.

Appréciation des limitations fonctionnelles et professionnelles

Compte tenu des constats cliniques, à savoir la présence de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (sans abstinence malgré un milieu très protégé), et d'une dépression moyenne à la limite du sévère, on peut estimer que la nature des troubles et leur intensité est incapacitante sur le plan professionnel. L'expertisé n'est pas vraiment capable de fonctionner au quotidien, dans le sens que c'est actuellement un cadre externe qui structure ses journées, et qu'il a de la peine à assumer son administration et son ménage (fait par une aide-ménagère). Il présente une atteinte cognitive documentée, qui serait légère selon les neuropsychologues, mais qui, à elle seule, diminuerait en tout cas son rendement. Monsieur Q._____ est démotivé, fatigable et n'a un contrôle que très partiel de ses affects et, surtout, de ses pulsions ; il n'est pas à l'abri d'une rechute rapide dans ses conduites addictives.

La capacité à interagir avec autrui est globalement préservée ; le début de socialisation que décrit Monsieur Q._____ ne consiste pour le moment qu'en contacts avec d'autres patients psychiatriques ; il ne dispose plus vraiment d'un réseau de soutien social.

Le traitement est adapté et répond aux guidelines en vigueur, mais il n'a pas permis d'obtenir, à ce stade, d'amélioration significative et surtout fiable.

Enfin, il n'a pas été mis en évidence de discordance ; les constatations sont en phase avec les plaintes, et il n'y a notamment pas de majoration.

Pour toutes ces raisons, nous estimons que la capacité de travail de l'expertisé est toujours nulle. Pour envisager une reprise, il faudrait non seulement que Monsieur Q._____ cesse - et non seulement diminue - sa consommation d'alcool, mais qu'il demeure abstinent sur une longue période et hors cadre thérapeutique extensif, et que sa thymie s'améliore.

Même si le pronostic reste réservé, cet objectif devrait être atteignable, mais on ne peut raisonnablement pas envisager de reprise avant au moins 6 mois, et cela dans un emploi moins demandeur (sur le plan du stress et des capacités cognitives) que celui d'employé de banque. Même s'il n'y a apparemment pas de déficit majeur, tant neurologique que neuropsychologique, il est évident que l'expertisé ne pourra pas travailler comme cadre bancaire."

Le 12 décembre 2017, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. Le motif était qu'après examen, ce dernier ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante

au sens de la loi de sorte que sa capacité de travail était totale en toute activité.

Le 1^{er} février 2018, l'assuré a contesté ce projet. Annonçant un état psychique et physique détérioré depuis l'expertise M. _____ avec six hospitalisations d'une semaine à la Fondation de F. _____ jusqu'en janvier 2018, il s'étonnait de ne pas avoir droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'OAI a reçu un rapport du 9 janvier 2018 du Dr Z. _____, médecin généraliste traitant de l'assuré et recueilli un rapport du 21 mars 2018 auprès de la Fondation de F. _____ attestant le suivi d'une cure en milieu spécialisé avec un traitement psychiatrique addictologique intégré. L'assuré a en outre informé l'OAI d'investigations neuropsychologiques auprès du X.X. _____.

Le 25 juin 2018, répondant aux questions adressées par l'OAI, le Dr Z. _____ a mentionné une abstinence depuis l'intégration de l'assuré à la Fondation A. _____ et mentionné des investigations auprès du Dr S. _____, spécialiste en neurologie, ainsi que du X.X. _____. En annexe à ce rapport, figuraient les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 24 avril 2018 relatif au suivi de l'assuré par l'Unité de Traitement des Addictions de la Fondation de F. _____ où il est notamment écrit que « la survenue du trouble est directement liée à la consommation d'alcool » ;

- un rapport de consultation du 4 mai 2018 du Dr S. _____ où il est décrit une atteinte cérébelleuse d'origine alcoolique, une polyneuropathie d'origine toxico-carentielle avec un bon potentiel de récupération et une myopathie alcoolique nécessitant de la musculation ;

- un rapport intermédiaire du 5 mai 2018 à l'intention de la Fondation de F. _____ aux termes duquel le X.X. _____ a mentionné un examen clinique dans la norme, aucun dépistage positif pour une démence, avec

toutefois certaines performances cognitives légèrement altérées mais sans répercussions fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne.

Le 21 juin 2018, les médecins de la Fondation de F. _____ ont répondu comme suit aux questions adressées par l'OAI :

"1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

L'état de santé a présenté de nombreuses fluctuations sur le plan de l'humeur depuis notre dernier rapport. En effet, Monsieur Q. _____ a présenté des phases dépressives en alternance avec des phases d'agitation qui se manifeste[nt] par une consommation importante d'alcool.

[...]

4. Qu'en est-il de la consommation d'alcool ?

Depuis son intégration à l'A. _____ nous observons une baisse au niveau de la consommation. Par ailleurs dès qu'il n'est plus dans ce milieu protégé, nous constatons une reprise de la consommation. La prise de l'alcool s'insère dans [un] fonctionnement thérapeutique en rapport d'angoisses massives liées aux pertes au niveau social, professionnel et aussi cognitive.

5. Les limitations fonctionnelles observées (notamment sur le plan cognitif) peuvent-elles être considérées comme réversibles en cas du maintien d'une abstinence à l'égard de l'alcool ?

Les restrictions fonctionnelles de M. Q. _____ sur l'activité professionnelle sont de l'ordre psychique. Il s'agit de troubles importants que le patient rapporte comme des troubles mnésiques avec des oublis fréquents et une difficulté à se concentrer. Nous observons également des difficultés importantes dans les relations avec les autres, trouble dont le patient est conscient. Le patient présente également des difficultés relationnelles, des difficultés dans la gestion des émotions, des difficultés liées aux tâches administratives, un apragmatisme, des difficultés d'organisation et de planification, des difficultés de reconnaissance de la maladie dans la gestion du traitement, une hypersensibilité au stress avec risque de décompensation, une limitation du contrôle des émotions ainsi que l'apparition périodique des crises d'angoisse.

6. Dans l'hypothèse d'une abstinence à l'égard de l'alcool, quelle serait la capacité de travail dans l'activité habituelle (employé de banque) ?

Selon notre avis, l'état psychique actuel de M. Q. _____ ne permet pas de répondre aux exigences du marché du travail primaire. C'est pourquoi, la capacité d[e] travail du patient est nulle et ceci de manière indéterminée.

7. Dans l'hypothèse d'une abstinence à l'égard de l'alcool, quelle serait la capacité de travail dans une activité adaptée aux éventuelles limitations fonctionnelles résiduelles ?

Nous ne pensons pas qu'une amélioration serait possible, vu les pertes cognitives de M. Q._____, qui se sont péjoré[e]s depuis 2016 (Voir rapport Evaluation Neuropsychologique en annex[e]).

8. *Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?*
- 100% : Août 2012 - Décembre 2012.
 - 100% : Avril 2014 - Décembre 2014.
 - 100% : 20 janvier 2015 - en cours."

Toujours dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli :

- un rapport définitif du 5 juillet 2018 relatif à l'évaluation cognitive globale au X.X._____ effectuée de mai à juillet 2018 à la demande de la Fondation de F._____, dont il ressort le diagnostic de troubles neurocognitifs mineurs d'étiologie mixte, soit éthylo-toxique et thymique. Les investigations menées ont mis en évidence un fléchissement mnésique et attentionnel ainsi qu'une importante fatigabilité intellectuelle. Les autres fonctions cognitives évaluées apparaissaient préservées au vu de l'âge et du niveau d'acquisitions scolaires de l'assuré. Les résultats étaient en légère péjoration en comparaison avec le bilan réalisé au CHUV en 2016, sans traitement pharmacologique procognitif étant donné l'étiologie ;

- un rapport du 24 août 2018 du Dr C._____, spécialiste en pneumologie, posant les diagnostics de BPCO de degré moyen et d'emphysème centrolobulaire diffus prédominant dans les lobes supérieurs ;

- un rapport du 13 septembre 2018 consécutif à une consultation de l'assuré le 25 juillet 2018, aux termes duquel le Dr R._____ s'est exprimé comme suit :

"En conclusion, M. Q._____ présente donc des arthralgies tibio-astragaliennes sur probable instabilité et à insérer dans un contexte d'une très probable polyneuropathie avec nette hypoparesthésie en chaussette. Il présente également des cervico-scapulalgies récurrentes avec hypomobilité segmentaire et insertionite de l'angulaire de l'omoplate.

[...]

Du point de vue socio-professionnel, au vu de la multi-morbidité, de la situation de déconditionnement physique et musculaire, la

difficulté à se mobiliser, il paraît illusoire qu'il puisse avoir une activité professionnelle même dans une activité adaptée."

Après avoir requis le point de vue du SMR (avis du 16 novembre 2018 du Dr Y._____) et reçu un rapport du 10 janvier 2019 du Dr C._____ dans l'intervalle, l'OAI a mandaté la Dre O._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, pour la réalisation d'une expertise rhumatologique de l'assuré. La Dre O._____ a déposé son rapport en date du 15 janvier 2019. Ne retenant aucun diagnostic ostéo-articulaire incapacitant, cette experte a listé, sans répercussion sur la capacité de travail, une discopathie C5-C6 radiologique minime sans traduction objective, une scapulalgie bilatérale sans traduction objective, une discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne des épaules droite et gauche, ainsi qu'une discopathie L5-S1 et une arthrose facettaire sans signe objectif. On extrait notamment ce qui suit de son rapport :

"A l'examen clinique du jour sur le plan ostéo-articulaire, l'experte au niveau des cervicales, des épaules et des membres supérieurs en général, ne retient aucun défaut d'amplitude, aucune douleur précise gênant la mobilisation des cervicales ou des membres supérieurs dans leur totalité. Sur le plan neurologique, aucune diminution de force, pas de trouble de sensibilité au niveau des mains, pas de défaut de fermeture ou d'extension des doigts. Seule une légère dysmétrie aux épreuves cérébelleuses est notée.

Au niveau des membres inférieurs, aucune limitation des amplitudes articulaires. Pour les hanches, les genoux et les pieds, aucune douleur au testing de la force. Seule trouvaille, une diminution discrète de la pallesthésie aux genoux et aux chevilles, une marche du funambule qui peut être réalisée partiellement (par rapport aux examens qui précèdent améliorations), les réflexes rotuliens et achilléens sont obtenus, moyennement vifs (récupération par rapport aux examens précédents), le Romberg est tenu presque sans oscillation. L'appui unipodal peut être tenu. Le statut bipodal est possible.

Concernant les douleurs énoncées dans le dossier, les cervicalgies, ce jour l'experte ne trouve aucune trace objective d'une atteinte quelconque. Elle note une discrète raideur au niveau C5-C6 gauche, mais sans douleur métamérique, sans limitation des amplitudes articulaires. Au niveau du rachis lombaire qui était longtemps l'objet de plaintes, il y a 8-9 ans dit l'assuré, aucune limitation des amplitudes, aucune douleur aux tests dans les différents plans de l'espace, donc pas de signe objectif d'une atteinte. Au niveau du bassin, aucune douleur rétrochantérienne.

Enfin, aucun point de fibromyalgie n'est présent, et la pression musculaire réalisée en dehors de l'attention du patient, ne montre pas de douleur musculaire notamment au niveau des cuisses.

L'experte constate, au relevé de la position du chevalier servant et de la position accroupie profonde, des difficultés au redressement, ce qui en impose pour un déconditionnement musculaire moyen. A noter que les diagnostics de polyneuropathie d'origine toxico-carentielle et myopathie, n'ont pas été prouvés par un ENMG [électroneuromyogramme]. A téléphoné au Docteur S._____, et dans son dossier, n'a pas cet examen.

Bien que l'examen physique soit normal au niveau des épaules, ne montrant aucun signe de bursite sous-acromio-deltoïdienne ni d'atteinte de la coiffe des rotateurs, une ultrasonographie bilatérale des épaules a été réalisée le 16.01.2019, par le Docteur [...] à la Clinique [...]. Les résultats sont: épaule gauche: pas d'épanchement intra-articulaire ou intra-bursal. Calcifications de 3 mm sur l'enthèse du supra-épineux, volumineuses calcifications de 10 mm dans l'infra-épineux, situées à sa face profonde. Bon aspect du tendon du sub-scapulaire et du biceps. A droite, microcalcifications de l'enthèse du supra-épineux. Très discret épanchement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne. Donc l'experte conclut à des tendinopathies calcifiantes des supra et infra épineux de l'épaule G [gauche] et discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne."

Selon la Dre O._____, sur le plan rhumatologique, l'expertisé bénéficiait, depuis toujours, d'une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de cadre dans le milieu bancaire. Les limitations fonctionnelles consistaient en l'abstention de travail nécessitant un bon équilibre, de travail en force ou en milieu poussiéreux, de longs déplacements à pieds sur terrains irréguliers, de monter sur des échelles ou des échafaudages.

Après avoir soumis le cas au SMR (avis médical du 5 février 2019 du Dr Y._____), l'OAI a, par décision du 11 février 2019, rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de la loi.

B. Par acte déposé le 11 mars 2019, Q._____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme, en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité. Subsidiairement, il conclut à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme

d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Invoquant les avis médicaux au dossier, le recourant estime présenter une totale incapacité de travail en toute activité compte tenu de son état de santé global déficient. Pour le surplus, les arguments développés par celui-ci à l'appui de son acte seront repris ci-après dans la mesure utile pour la discussion de la solution au présent litige.

Le 22 mars 2019, la juge instructrice a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 11 mars 2019, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 18 avril 2019, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, sans que de plus amples investigations ne se justifient.

Une copie de cette écriture a été communiquée au recourant le 24 avril 2019.

Par déterminations spontanées du 1^{er} juillet 2019, le recourant a confirmé ses précédentes conclusions.

Le 31 juillet 2019, le recourant a derechef conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité en maintenant présenter une totale incapacité de travail. Il a notamment produit un rapport du 24 mai 2019 des médecins de l'Unité de Traitement des Addictions de la Fondation de F._____, signé des Drs W.W._____, F.F._____ et P.P._____, médecin adjoint, chef de clinique adjoint et médecin assistant, ainsi que de H.H._____, psychologue associée, signalant la situation de l'assuré à l'autorité de protection de l'adulte afin qu'elle mette en place des mesures ambulatoires, voire ordonne le placement à des fins d'assistance et institue une mesure de protection. Les auteurs de la dénonciation exposaient qu'après une année de sevrage à la Fondation A._____, du 1^{er} juillet 2015 au 30 juin 2016, le recourant avait présenté des difficultés liées à une utilisation d'alcool nocive pour sa santé nécessitant un placement médical pour une mise à l'abri, dix hospitalisations entre le 30

juillet 2016 et le 13 mars 2018, une postcure à la fondation précitée du 9 au 30 avril 2018, trois hospitalisations à l'Hôpital du J.J. _____ ainsi que deux hospitalisations psychiatriques du 23 janvier au 4 février 2019 et du 29 avril au 5 mai 2019. Ils ajoutaient que l'intéressé avait quitté la Fondation A. _____ le 7 mai 2019, contre l'avis médical de l'Unité de Traitement des Addictions qui ne parvenait plus à le suivre, ce dernier refusant les soins malgré la mise en place par l'Unité d'un suivi ambulatoire. Notant que le recourant avait dû être hospitalisé au J.J. _____ le 13 mai 2019 en raison d'un état d'abandon dans le contexte d'une alcoolisation aiguë avec une alcoolémie de 4.58 ‰, les médecins s'interrogeaient sur la capacité de l'intéressé de pouvoir réaliser un suivi addictologique sur un mode volontaire, lequel paraissait pour l'heure insuffisant, raison pour laquelle ils requéraient l'intervention de l'autorité de protection. Selon les auteurs du rapport, l'état psychique de leur patient s'était particulièrement péjoré depuis quelques mois, avec une absence de conscience morbide, une fragilité importante et une banalisation de sa situation tant physique que psychique.

C. A la suite de la modification par le Tribunal fédéral de sa jurisprudence s'agissant du droit à des prestations de l'assurance-invalidité en cas de dépendance ou de troubles d'utilisation de substances addictives (TF 9C_724/2018 du 11 juillet 2019), la juge instructrice a, par avis du 8 août 2019, signifié aux parties que cette nouvelle jurisprudence pouvait entraîner une substitution de motifs dans le cadre de la décision à intervenir, un délai au 30 août 2019 leur étant imparti pour d'éventuelles déterminations.

Procédant le 5 septembre 2019, l'OAI a produit un avis du 3 septembre 2019 du Dr Y. _____, du SMR, estimant qu'après analyse des indicateurs de gravité en cas de dépendance ou de troubles d'utilisation de substances addictives, la dépendance à l'alcool était totalement incapacitante dans toute activité, vraisemblablement depuis 2014. Une amélioration était néanmoins possible moyennant une abstinence durable, avec la précision qu'un sevrage demeurerait exigible du recourant.

Dans un dernier courrier du 26 novembre 2019, l'assuré a indiqué qu'en raison de la dégradation de son état de santé psychique et de son addiction à l'alcool, il avait été hospitalisé à cinq reprises à la Fondation de F._____ depuis le 23 janvier 2019, la dernière hospitalisation, toujours en cours, datant du 26 octobre 2019, et a produit les rapports d'hospitalisation corrélatifs.

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. L'objet du litige porte sur le droit à une rente, singulièrement sur la question de savoir si le recourant présente une atteinte invalidante.

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 est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

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).

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

b) 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, quelque 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).

c) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). 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 (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

d) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité en cas de syndrome de dépendance (ATF 145 V 215). Il a notamment abandonné la

présomption que les toxicomanies primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi (consid. 5.3.3) et étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndrome de dépendance. Il s'agit dorénavant de déterminer au moyen d'une procédure structurée d'administration des preuves (ATF 141 V 281) si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas examiné la capacité de travail de la personne concernée (ATF 145 V 215 consid. 5.3.2).

e) Une fois le diagnostic posé par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2), 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 (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 physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le 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 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

4. a) En l'occurrence, le recourant se prévaut, sur le plan physique, d'une atteinte cérébelleuse, d'une polyneuropathie (Dr S._____) ainsi que d'une mutli-morbidité comprenant des arthralgies, scapulalgies et un déconditionnement musculaire, irréversibles (Dr R.____). Il ajoute présenter une symptomatologie diurne liée à son état dépressif, respectivement aux effets secondaires des traitements (Dr C.____). Sur le plan psychique, se référant aux rapports successifs de la Fondation de F._____, il tient ses troubles pour irréversibles même en cas d'abstinence à l'alcool et les considère totalement incapacitants.

L'intimé a quant à lui retenu une polyneuropathie qualifiée de réversible, une atteinte cérébelleuse peu significative en cas de sevrage et

peu incapacitante dans une activité sédentaire, des troubles psychiques et neuropsychologiques non relevant ainsi que l'absence d'atteinte incapacitante sur les plans pneumologique et rhumatologique. La dépendance à l'alcool a été initialement considérée comme non incapacitante sous l'angle strictement légal. Ensuite du changement de jurisprudence, l'OAI admet une incapacité totale de travail vraisemblablement dès 2014, tout en réservant la possibilité d'un sevrage.

b) En l'espèce, dans leur rapport pluridisciplinaire du 17 octobre 2017, appelés à se prononcer en particulier sur la question l'état de santé et l'influence de celui-ci sur la capacité de travail et sur les possibilités d'intégration professionnelle de l'assuré, les experts D._____, J._____, B._____, et T._____ ont posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1 ; dès 2010), trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), polyneuropathie sensitive des membres inférieurs et atteinte cérébelleuse statique et cinétique, liées à une consommation abusive d'alcool (depuis 2012 surtout), troubles neuropsychologiques modérés (léger fléchissement attentionnel) et bronchopneumopathie chronique obstructive tabagique (60 UPA) de stade Gold III.

aa) S'agissant de l'état de santé psychique du recourant, les experts relèvent que la dépendance à l'alcool s'est progressivement développée depuis plus de dix ans au point de devenir la pathologie centrale et dominante, à l'origine d'un envahissement et d'un changement identitaire avec des conséquences négatives au niveau social, professionnel et somatique, ceci sans trouble psychique préexistant, excluant, démonstration à l'appui, le diagnostic de trouble de la personnalité posé par la Dre P._____. Parallèlement à l'addiction s'est installée une symptomatologie dépressive autorisant le diagnostic de trouble dépressif récurrent.

La trajectoire de vie du recourant depuis 2015, notamment ses multiples séjours en foyer en vue de sevrage et hospitalisations en milieu

psychiatrique, permet d'exclure toute exagération des symptômes. Elle est par ailleurs emblématique de l'importance du degré de gravité fonctionnel de cette dépendance. Le recourant a perdu quasiment toute autonomie et sa vie sociale est restreinte aux contacts avec les autres résidents des institutions dans lesquelles il séjourne. Toujours sous l'angle du degré de gravité fonctionnel, il sied de relever que le recourant n'a plus qu'un contrôle très partiel de ses affects et surtout de ses pulsions. De surcroît, les traitements mis en place, pourtant adaptés et conformes aux guidelines en vigueur, n'ont pas amené d'amélioration significative et fiable. Le rapport du 24 mai 2019 de la Fondation de F. _____ entérine l'appréciation expertale en faisant état, outre d'une péjoration de l'état psychique de l'assuré, de son absence de conscience morbide, d'une fragilité importante et d'une banalisation de sa situation tant physique que psychique.

Les experts concluent ainsi de façon probante à une incapacité de travail totale découlant de l'addiction, ce qui n'est pas contesté par les parties.

En l'absence d'éléments ou d'indices contradictoires au dossier, il y a lieu de se rallier au point de vue de l'OAI, respectivement à l'analyse médicale de son médecin-conseil, et constater que la dépendance à l'alcool est totalement incapacitante en toute activité depuis 2014.

bb) Sur le plan somatique, la Dre O. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, a exclu, dans son rapport du 15 janvier 2019, tout diagnostic ostéo-articulaire incapacitant. Elle est d'avis que la capacité de travail du recourant est entière, depuis toujours, dans l'activité habituelle d'employé de banque et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de travail nécessitant un bon équilibre, pas de travail en force ni en milieu poussiéreux, pas de longs déplacements à pieds sur terrains irréguliers, monter sur des échelles ou des échafaudages). De son côté, dans son rapport du 13 septembre 2018, le Dr R. _____ ne se prononce pas sur la

capacité de travail et les limitations fonctionnelles inhérentes à la seule atteinte rhumatologique. En effet, l'incapacité de travail que ce médecin évoque en fin de rapport est multifactorielle et superposable en tout ou partie à l'appréciation du M._____, ce qui s'avère insuffisant pour rediscuter le point de vue de la Dre O._____ repris ensuite par le SMR, puis entériné par l'intimé dans la décision attaquée.

S'agissant des troubles neurocognitifs, ils ont été qualifiés de mineurs (fléchissement intellectuel modéré) tant selon le bilan réalisé au CHUV en mars 2016 (pièce 78) que selon le Centre de la mémoire deux ans plus tard (fléchissement mnésique [modalité verbale] et attentionnel [ralentissement de la vitesse de traitement] ainsi qu'une importante fatigabilité intellectuelle), après investigation d'une possible démence à la demande de F._____ (pièce 145), finalement écartée par le Centre de la mémoire (pièce 150). Dans leur appréciation, les experts du M._____ qualifient en revanche les troubles de modérés et dépassant le cadre du léger fléchissement attentionnel décrit par la Prof. N._____ en mars 2016, et retiennent en conséquence une diminution de rendement dans l'activité habituelle et la recommandation de la pratique d'une activité sédentaire, simple et répétitive, sans apprentissage important et sans responsabilité.

Quant au pneumologue (Dr C._____), il n'objective aucune incapacité de travail ou limitation fonctionnelle (pièces 153 et 164).

Quand bien même il pourrait exister certaines divergences entre experts et médecins traitants s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail en lien avec les atteintes somatiques, celles-ci sont mineures et peuvent s'expliquer par le temps écoulé entre les différents avis, cas échéant par la péjoration de l'état de santé physique de l'assuré dans les suites de son addiction. Dans la mesure où une incapacité de travail totale doit néanmoins être retenue sur le plan psychique, ces divergences sont sans incidence sur le sort de la présente cause.

cc) En conséquence, en se fondant sur l'expertise du M. _____ du 17 octobre 2017, plus particulièrement sur l'appréciation de l'expert psychiatre, qui permet une évaluation convaincante de la capacité de travail du recourant à l'aune des indicateurs déterminants, il convient de constater que le recourant est atteint de troubles psychiques présentant un degré de gravité certain et entraînant une incapacité totale de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Sur la base du rapport de la Dre P. _____ du 7 mars 2016, il sera admis que le recourant a présenté une incapacité de travail totale d'avril 2014 à décembre 2014, puis dès le 20 janvier 2015, de telle sorte qu'une invalidité de 100 % doit lui être reconnue dès mai 2015. Sa demande datant du 27 octobre 2015, le droit à une rente entière lui est ouvert dès le 1^{er} avril 2016, soit à l'échéance du délai d'attente de l'art. 29 al. 1 LAI.

5. La situation du recourant ne saurait cependant être considérée comme définitivement figée sur le plan médical. L'expert psychiatre du M. _____ subordonne la réintégration d'une capacité de travail à une abstinence totale sur une longue période, hors cadre thérapeutique extensif et à l'amélioration de sa thymie. Dans leur rapport ultérieur du 24 mai 2019, les médecins de l'Unité de Traitement des Addictions de la Fondation de F. _____ sont quant à eux d'avis qu'un sevrage est exigible chez l'assuré et requièrent à cet effet l'institution de mesures auprès de l'autorité de protection de l'adulte. Il apparaît donc raisonnablement exigible du recourant qu'il entreprenne un traitement médical dans le but de réduire la durée et l'étendue de son incapacité de travail au titre de son obligation de diminuer le dommage (art. 7 al. 1 LAI). Il appartiendra à l'office intimé d'examiner ce point en fonction de la situation actuelle du recourant, dans la mesure du possible en sollicitant toutes informations utiles auprès de la Justice de paix s'agissant de la suite donnée au signalement de la Fondation de F. _____ du 24 mai 2019, et, sous réserve d'un changement des circonstances, d'enjoindre au recourant de se soumettre au traitement qui serait recommandé par le corps médical, en procédant à une mise en demeure écrite conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA (cf. art. 7b al. 1 en relation avec l'art. 7 al. 2 let. d LAI ; voir aussi

ATF 145 V 215 consid. 5.3.1 p. 225 s. ; TF 9C_309/2019 du 7 novembre 2019 consid. 4.2.2 i. f. et les références).

6. **a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2016.

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. 1bis 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.

 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

prononce :

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 11 février 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que Q._____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2016.

- 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.** 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 :

- Q. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :