

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 février 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

Mmes Pasche et Berberat, juges

Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 43 al. 1 LPGA ; 82 LPA-VD

E n f a i t e t e n d r o i t :

Vu la demande de prestations AI déposée le 14 janvier 2016 par Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de troubles psychologiques,

vu le rapport médical du 21 mars 2016 de son psychiatre traitant, le Dr C._____, qui a posé les diagnostics de trouble de la personnalité de type borderline (F60.3), trouble de personnalité anxieux (F60.6) et dépendance à l'alcool, actuellement abstinent (F10.9) ; il a estimé que l'assuré était actuellement incapable d'exercer une activité professionnelle régulière en raison de sa labilité d'humeur et qu'il nécessitait un bilan de compétences ainsi qu'une éventuelle réadaptation dans un milieu peu stressant,

vu le rapport complémentaire que le Dr C._____ a rédigé le 2 mai 2017, dans lequel il a également mentionné une dysthymie ainsi que des périodes dipsomaniaques brèves les dernières années, et indiqué que l'assuré présentait des épisodes dépressifs et dipsomaniaques liés à une situation psycho-sociale très difficile, qu'il était actuellement incapable de travailler mais qu'une réinsertion dans une activité adaptée pourrait permettre un taux de travail de 50 %, voire plus,

vu le rapport établi le 6 juin 2017 par le Dr X._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), retenant que l'assuré ne souffrait pas d'une atteinte à la santé au sens de l'AI, qu'il bénéficiait d'une totale capacité de travail dans toute activité sans limitations fonctionnelles, qu'aucun élément ne témoignait d'une décompensation d'un trouble de la personnalité, qu'il était de surcroît décrit comme stable sur le plan thymique et concluant qu'il s'agissait d'une situation bio-psycho-sociale chez un assuré alcoolique chronique n'étant pas du ressort de l'assurance-invalidité,

vu le projet de décision du 12 juin 2017 rejetant la demande de prestations de l'assuré,

vu l'attestation du Dr C._____ du 4 juillet 2017, précisant que l'assuré souffrait d'un trouble de personnalité borderline grave avec des comorbidités importantes (dépendance à l'alcool, trouble dépressif récurrent, troubles anxieux résistants à tout traitement et toute médication malgré de nombreux essais), qu'il présentait en outre des critères pour un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, qu'en raison de ce contexte, il était totalement incapable de travailler et que sur le plan psycho-social, il était à la dérive et n'avait plus vraiment de domicile,

vu le courrier de l'assuré du 5 juillet 2017 contestant le projet de décision négative,

vu le rapport médical du 21 août 2017 dans lequel le Dr C._____ a, en plus des éléments déjà exposés auparavant, indiqué que l'assuré était extrêmement instable sur le plan psycho-social, qu'il se trouvait actuellement plutôt dans une phase dépressive de sa dysthymie avec idéation suicidaire et présentait des périodes récurrentes d'auto agressivité par le biais de l'alcool principalement, ainsi qu'un sentiment persistant de vide intérieur,

vu la lettre du 22 août 2017 de la Fondation [...] qui suivait l'assuré depuis 2004 et relatait les difficultés qu'il avait rencontrées lors de ses tentatives d'insertion professionnelle dans un contexte de fragilité constante, de crises d'angoisse et de grande précarité,

vu l'avis médical du 2 octobre 2017 dans lequel le SMR a considéré qu'il n'y avait pas de faits nouveaux dans les pièces produites,

vu la décision du 5 octobre 2017 de l'OAI rejetant la demande de prestations de l'assuré au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité,

vu le recours interjeté par l'assuré le 3 novembre 2017 par l'intermédiaire de son mandataire, dans lequel il a conclu à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente entière à compter de la fin du délai d'attente, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise externe, éventuellement d'auditions de témoins puis nouvelle décision, invoquant que l'OAI avait violé son devoir d'instruction et avait mal apprécié les preuves en accordant une pleine valeur probante au rapport du SMR du 2 octobre 2017,

vu le rapport médical du Dr C._____ du 31 octobre 2017 produit, reprochant au rapport établi par le Dr X._____ pour le SMR le 2 octobre 2017 de se fonder sur des faits ponctuels et non une anamnèse complète et détaillée, de minimiser les plaintes, de ne pas aborder la symptomatologie anxieuse de l'assuré et de ne pas comporter d'évaluation médicale de l'aspect addictif ; il précisait que l'assuré présentait toujours une anxiété majeure, une thymie triste avec idées suicidaires fluctuantes, des tendances cognitives et comportementales marquées, une consommation importante de benzodiazépines pour lutter contre le craving alcoolique et l'anxiété, qu'il était sous traitement d'anxiolytiques et de stabilisateurs de l'humeur et suivait une psychothérapie intégrée ; le Dr C._____ estimait qu'une expertise psychiatrique était nécessaire, relevant notamment que le Dr X._____ était médecin interniste,

vu la réponse de l'OAI du 10 janvier 2018, qui constatait qu'un complément d'investigation sous la forme d'une expertise psychiatrique était nécessaire, rejoignant l'avis médical du SMR du 8 janvier 2018, et proposait l'annulation de la décision attaquée et la reprise de l'instruction ;

attendu que le recours a été formé en temps utile auprès de l'autorité compétente et remplit les autres conditions de forme, de sorte qu'il est recevable (art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1] ;

art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que, dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2) ;

attendu que selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur - en l'espèce l'OAI - examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin,

que dans sa réponse du 10 janvier 2018, l'OAI a convenu, sur la base de l'avis du SMR du 8 janvier 2018, de la nécessité de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, concluant dès lors à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause pour reprise d'instruction,

que l'intimé adhère ainsi aux conclusions prises par le recourant, dont le recours s'avère dès lors bien fondé, les faits pertinents n'ayant manifestement pas été constatés de manière complète avant l'émission de la décision attaquée (cf. art. 98 let. b LPA-VD),

qu'il convient dès lors d'annuler la décision querellée et de renvoyer la cause à l'OAI, afin qu'il en complète l'instruction par le biais d'une expertise psychiatrique et statue à nouveau ;

attendu qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI),

qu'en l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe,

que le recourant obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, de sorte qu'il peut prétendre à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA),

qu'au vu de la nature et de la complexité de la procédure, cette indemnité doit être arrêtée à 1'200 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 5 octobre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision après instruction complémentaire au 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 une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cents francs) au recourant, à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Guyaz (pour le recourant),
- 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 :