

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 novembre 2016

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Pasche et Berberat, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

A.A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat,
à Lausanne,

et

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

Art. 43 LPGA ; art. 7b LAI.

E n f a i t :

A. **a)** A.A._____ (ci-après également : l'assuré ou le recourant), né en 1975, peintre en automobiles de formation, a exercé diverses activités au cours de sa vie professionnelle. En dernier lieu, il a œuvré en qualité de travailleur social pour le compte de l'Association C._____ et exploité à titre indépendant une entreprise spécialisée dans la plantation et la vente d'orchidées.

Souffrant d'un état anxio-dépressif dans un contexte de dépendances à l'alcool, au cannabis et à la cocaïne, il a déposé le 10 octobre 2013 une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette requête, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès des Drs D._____, médecin traitant (rapport du 13 novembre 2013), et F._____, psychiatre traitante (rapport du 20 février 2014). Il a en outre fait verser à la procédure le dossier de l'assurance perte de gain en cas de maladie de l'assuré, à savoir G._____.

L'assuré a été hospitalisé du 19 novembre 2013 au 3 décembre 2013 au sein de l'unité d'addictologie hospitalière de l'Hôpital H._____ pour une mise à distance de consommations de cocaïne, d'alcool et de cannabis. A l'issue du séjour ont été posés les diagnostics de syndrome de dépendance à des substances multiples (cocaïne, alcool, cannabis), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans symptômes somatiques (avec comme diagnostic différentiel celui de trouble bipolaire de type II, épisode actuel de type dépressif moyen sans symptôme somatique) et de trouble de l'adaptation avec réaction aiguë à un facteur de stress, perturbation mixte des émotions et conduites.

A la suite de cette hospitalisation, l'assuré a quitté la Suisse pour se rendre en Thaïlande.

Dans un avis daté du 10 mars 2014, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé que la situation médicale n'était pas claire sur le plan diagnostique et préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par courrier du 15 août 2014, l'OAI a informé la mère de l'assuré, B.A._____, qu'une expertise médicale était nécessaire afin de déterminer le droit aux prestations et l'a invitée à l'informer de la date de retour de son fils en Suisse ou à lui communiquer son adresse en Thaïlande.

Par courrier du 26 août 2014, la mère de l'assuré a indiqué à l'OAI que son fils n'était pas rentré en Suisse au mois de juillet comme cela était prévu, car il ne s'était pas senti prêt à affronter tous les problèmes posés par son retour en Suisse. Son fils n'avait toutefois pas l'intention de résider durablement en Thaïlande.

Dans un rapport du 10 septembre 2014, le Dr D._____ a indiqué que son patient s'était rendu en Thaïlande afin de s'éloigner de son cercle de consommateurs et maintenir son abstinence. Depuis lors, il avait maintenu un suivi avec son patient sous forme de consultations téléphoniques mensuelles. L'évaluation téléphonique permettait de constater qu'il restait un problème en lien avec la consommation d'alcool. S'il avait eu des occasions de consommer des drogues, la fréquence de ses consommations s'était d'une manière générale considérablement réduite depuis qu'il avait été mis à l'écart de son cercle de consommateurs. Il restait cependant fortement marqué par une fluctuation de l'humeur alternant entre des périodes dépressives et des périodes clairement maniaques avec plusieurs épisodes de troubles à l'ordre public et tendance à une dépense inconsidérée d'argent. L'entreprise d'orchidées avait dû être remise par la famille, ce qui s'était soldé par d'importantes dettes qui attendaient l'assuré à son retour. De plus, il avait un contentieux avec la justice et de grosses difficultés familiales et de couple, ce qui poussaient l'assuré à retarder son retour en Suisse. Aussi longtemps qu'il ne serait pas au bénéfice d'un traitement

stabilisateur efficace de sa pathologie psychiatrique, sa capacité de travail demeurerait nulle.

Par courrier du 25 septembre 2014, l'OAI a adressé à l'assuré une sommation, en lui impartissant un délai au 30 octobre 2014 pour indiquer, d'une part, s'il entendait participer à une expertise médicale dans les trois mois subséquents et, d'autre part, la date de son retour en Suisse, faute de quoi il statuerait en l'état du dossier.

Par courrier du 22 octobre 2014, la mère de l'assuré a informé l'OAI que son fils n'avait pas les moyens actuellement pour payer son billet de retour. Il était néanmoins disposé à consulter les médecins proposés par l'OAI, même en Thaïlande si nécessaire. Avant même son retour, il pouvait également avoir des entretiens téléphoniques ou par skype avec le psychiatre choisi ; il suffisait de lui communiquer la date et l'heure à laquelle il devait appeler.

Le 16 novembre 2014, la mère de l'assuré a transmis un courrier que celui-ci avait rédigé le 30 octobre 2014 et dont le contenu était le suivant :

Suite à mon entretien avec le Dr D._____, je vous informe que je ne peux pas vous indiquer la date de mon retour, ayant tellement de problèmes à affronter en rentrant. Par contre, je vous confirme que je me soumettrais aux examens médicaux et techniques et rencontrerais les médecins que vous mandaterez pour cela.

Par courrier du 2 décembre 2014, l'OAI a octroyé à l'assuré un dernier délai _____ au 28 février 2015 pour rentrer en Suisse et participer à l'expertise prévue.

Le 19 mars 2015, l'OAI a demandé à la mère de l'assuré l'adresse de son fils en Thaïlande.

Dans sa réponse du 19 avril 2015, la mère de l'assuré a indiqué que son fils n'avait pas d'adresse fixe en Thaïlande.

Par décision du 29 mai 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations. En raison du défaut de collaboration de l'assuré, il n'avait pas été en mesure de réunir toutes les informations utiles à l'appréciation de la capacité de travail et de gain. Dans l'impossibilité de mettre en œuvre une expertise en Suisse ou de transmettre le dossier à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger, il s'était vu contraint de statuer en l'état du dossier.

B. **a)** Par acte du 22 juin 2015, la mère de A.A._____ a formé pour le compte de son fils un recours contre cette décision dont elle a demandé l'annulation. Elle a indiqué que son fils avait fait une tentative de suicide le 2 juin 2015 et qu'il était toujours hospitalisé. Sur le fond, elle a contesté le reproche selon lequel son fils n'avait pas collaboré à la procédure. Le fait était qu'il lui était impossible de communiquer une adresse, puisqu'il en changeait tout le temps. L'OAI avait toutefois la possibilité de le contacter par courriel ou de se renseigner auprès du Dr D._____, lequel avait un contact téléphonique avec l'assuré une fois par mois.

b) Dans sa réponse du 17 août 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. S'il avait de la compréhension par rapport à l'environnement difficile dans lequel vivait l'assuré, ceci ne pouvait justifier l'absence de prise de position par rapport à ses différentes requêtes. Afin de mener à terme l'instruction du dossier, il lui appartenait de mettre en œuvre un examen médical, possible uniquement en cas de présence physique de l'assuré en Suisse. Dans l'hypothèse d'un changement de domicile, il s'agissait de transmettre le dossier à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger. Alors que l'une de ces deux actions était indispensable pour l'avancement de la procédure, l'assuré s'y soustrayait sans raison valable. L'état psychique ne constituait pas un obstacle insurmontable dans ce cadre, l'assuré n'étant pas dépourvu de ressources. Malgré le fait que sa famille se chargeait de ses affaires administratives, il vivait seul depuis un certain temps dans un pays dans lequel il semblait ne connaître personne et ne pouvait donc compter que sur lui-même pour toutes les tâches du quotidien. Il parvenait notamment

à organiser un entretien mensuel avec son médecin traitant en s'accommodant du décalage horaire, ce qui démontrait un certain sens de l'organisation de sa part. Partant, l'OAI était d'avis que l'assuré n'avait aucune raison valable de se soustraire à l'une de ses requêtes.

c) Par courrier du 24 septembre 2015, la mère de l'assuré a produit plusieurs documents visant à établir l'état de santé de son fils, ainsi que ses fréquents déplacements en Thaïlande.

d) Par courrier du 4 janvier 2016, Me Jean-Michel Duc, lequel représentait désormais les intérêts de l'assuré, a informé la Cour de céans qu'il apparaissait vraisemblable que l'assuré quitte la Thaïlande et rentre en Suisse dans quelques mois, tout en précisant que l'absence à ce jour de retour en Suisse ne tenait pas de la volonté d'échapper à la mise en œuvre de l'expertise psychiatrique ou d'un refus de collaborer, mais de raisons médicales liées à ses troubles psychiatriques. Au surplus, il a requis la production des dossiers médicaux complets en mains de l'Hôpital H. _____ et de la société J. _____.

e) Les dossiers constitués par l'Hôpital H. _____ et la société J. _____ ont été versés à la procédure.

f) Par courrier du 3 mars 2016, la Cour de céans a invité les parties à déposer leurs déterminations finales.

g) Dans ses déterminations du 24 mars 2016, l'OAI a persisté dans ses conclusions, en soulignant que l'état de santé de l'assuré méritait d'être investigué de manière approfondie, examen qui n'avait jusqu'à ce jour pas pu être mené, et ce indépendamment de sa volonté. L'impossibilité d'instruire la cause sous l'angle médical pour cause de refus de collaborer avait conduit à juste titre à refuser toutes prestations à l'assuré.

h) Par courrier du 5 avril 2016, Me Jean-Michel Duc a informé la Cour de céans que l'assuré devrait rentrer en Suisse durant le courant

du mois de mai, de sorte qu'il serait possible alors de mettre en œuvre l'expertise demandée par l'OAI.

i) Par courrier du 30 juin 2016, Me Jean-Michel Duc a signalé à la Cour de céans que son client s'était blessé alors qu'il était sur le point de revenir en Suisse. De fait, il avait été obligé de retarder son voyage le temps de se soigner.

j) Par courrier du 22 août 2016, Me Jean-Michel Duc a informé la Cour de céans que son client était rentré de Thaïlande et qu'il acceptait de se soumettre à toutes les mesures d'instruction que l'OAI entendait entreprendre. Il a requis la suspension de la procédure jusqu'à la prise de position de l'OAI sur le droit aux prestations.

k) Dans ses déterminations du 5 septembre 2016, l'OAI a indiqué être disposé à reprendre l'instruction de la cause, dès lors que l'assuré était revenu à de meilleurs sentiments. Il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et, au vu des circonstances, à la prise en charge des frais de justice par l'assuré et au refus des dépens.

l) Dans ses observations du 26 septembre 2016, Me Jean-Michel Duc a pris acte de ce que l'OAI acceptait de reprendre l'instruction de la cause. Il a toutefois contesté que les frais de justice soient mis à la charge de son client et le refus de dépens. A la suite de la sommation du 25 septembre 2014, l'assuré avait fait savoir à l'intimé qu'il était disposé à collaborer et à se soumettre à l'expertise. Si celle-ci n'avait pas pu être entreprise dans le délai prévu, c'était en raison d'une aggravation de son état de santé alors qu'il était en Thaïlande. Dans ce contexte, il n'y avait pas d'urgence à statuer et l'OAI aurait dû attendre l'amélioration et le retour en Suisse avant de statuer. C'est pourquoi les frais de la cause devaient être mis à la charge de l'OAI et de pleins dépens alloués à l'assuré. Au surplus, Me Jean-Michel Duc a renouvelé la demande de suspension de la procédure formulée précédemment le 22 août 2016.

m) Dans ses déterminations du 18 octobre 2016, l'OAI s'est opposé à ce que les frais et les dépens de la procédure soient mis à sa charge. Il a rappelé être légitimé à attendre de l'assuré qu'il communique clairement ses intentions quant à sa disponibilité à se soumettre aux démarches utiles au traitement de sa cause. S'agissant de la demande de suspension de la procédure, il a relevé s'être prononcé en faveur de l'annulation de la décision querellée. Si cette proposition devait être acceptée, la décision n'existerait plus, de sorte que la requête de l'assuré ne serait plus pertinente. Au surplus, il a ajouté que si l'assuré persistait à adopter une attitude revendicatrice à son égard, il peinait à croire à une collaboration sans réticence à l'analyse de son cas. Un tel comportement pourrait alors remettre en cause sa proposition.

n) Dans ses observations du 28 octobre 2016, Me Jean-Michel Duc s'en est remis à justice quant à la suite à donner à la présente procédure, soulignant l'importance de ne pas retarder l'instruction de la présente cause.

o) En date du 31 octobre 2016, l'OAI a transmis à la Cour de céans un courrier du même jour adressé au représentant de l'assuré, par lequel il promettait de faire de son mieux afin de mettre en œuvre l'expertise psychiatrique dans les plus brefs délais. Si l'assuré décidait néanmoins de quitter la Suisse avant la mise en œuvre de l'expertise, le dossier serait alors transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. L'objet du litige - tel qu'il a été défini par la décision litigieuse - porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir si l'office intimé pouvait se prononcer en l'état du dossier, motif pris de l'absence de collaboration du recourant à l'instruction.

3. Le recourant a requis de la Cour de céans qu'elle sursoie à juger, jusqu'à ce que l'office intimé se soit à nouveau prononcé sur son droit aux prestations.

a) Le recours devant le tribunal cantonal des assurances est une voie de droit ordinaire possédant un effet dévolutif : un recours présenté dans les formes requises a pour effet de transférer à la juridiction cantonale la compétence de statuer sur la situation juridique objet de la décision attaquée. L'administration perd la maîtrise de l'objet du litige, en

particulier celle des points de fait susceptibles de fonder la décision attaquée. Conformément à la maxime inquisitoire applicable, il appartient à l'autorité de recours d'établir d'office les faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer les preuves nécessaires. Si l'état de fait doit être complété, elle est libre de procéder elle-même aux mesures d'instruction nécessaires ou d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier à l'administration pour qu'elle s'en charge. Après le dépôt d'un recours, il n'est en principe plus permis à l'administration d'ordonner de nouvelles mesures d'instruction qui concerneraient l'objet du litige et tendraient à une éventuelle modification de la décision attaquée (ATF 127 V 228 consid. 2b/aa et les références).

b) Le principe de l'effet dévolutif du recours connaît une exception, en tant que l'administration peut reconsidérer sa décision jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (art. 53 al. 3 LPGA). Pour des motifs liés à l'économie de procédure, il se justifie en effet de permettre à l'administration de revenir *lite pendente* sur sa décision, lorsque celle-ci s'avère, à la lecture de l'acte de recours, manifestement erronée. De fait, le droit fédéral n'exclut pas nécessairement la mise en œuvre par l'administration de mesures d'instruction *lite pendente*. Pour répondre à la question de savoir quels sont les actes encore admissibles à ce stade de la procédure, il convient d'examiner l'importance que revêt l'acte pour la solution du litige et le temps nécessaire pour y procéder. Des mesures d'instruction portant sur des aspects ponctuels, tels que le fait de requérir une attestation ou un certificat, ou de demander des précisions à un médecin ou une autre personne susceptible de fournir des renseignements sont en règle générale admissibles ; tel n'est en revanche pas le cas de la mise en œuvre d'une expertise médicale ou d'une mesure d'instruction similaire, compte tenu de leur portée sur l'état de fait à juger. Eu égard au temps nécessaire à l'administration d'un tel moyen de preuve, on ne saurait par ailleurs parler d'un acte justifié par des motifs liés à l'économie de procédure, ce d'autant qu'une décision de renvoi, qui a l'avantage de pouvoir être rendue rapidement, permet de créer une situation claire sur le plan procédural (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb et les références).

c) D'autres motifs militent en faveur d'une approche restrictive quant à la possibilité pour l'administration de revenir *lite pendente* sur une décision qu'elle a rendue. Quand bien même la partie adverse ou d'autres participants à la procédure acquiesceraient à la mise en œuvre de mesures d'instruction supplémentaires, il n'est pas admissible que la partie recourante puisse voir ses droits de procédure être restreints (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb et les références) ou que la réglementation en matière de frais et dépens puisse être éludée par cette manière de procéder (ATF 132 V 215 consid. 6.2 et les références).

d) Le cas d'espèce ne constitue clairement pas une situation où une exception est admise par la jurisprudence qui autoriserait une suspension de la procédure et justifierait de faire abstraction des règles de procédure. L'expertise psychiatrique que souhaite mettre en œuvre l'intimé revêt en effet une importance certaine pour l'établissement des faits et l'issue du litige. Afin que l'ensemble des droits procéduraux du recourant puissent être garantis, celle-ci doit être réalisée dans le cadre de la procédure administrative en matière d'assurances sociales, ce qui présuppose que la Cour de céans soit préalablement dessaisie de la procédure. Une expertise judiciaire n'entre par ailleurs pas en ligne de compte. L'objet du litige, tel que défini par la décision litigieuse, porte sur les questions de savoir, d'une part, si le recourant a respecté le devoir de collaboration qui lui incombait et, d'autre part, si la décision rendue sur la base des pièces versées au dossier est correcte. Les questions à examiner ne permettent en aucune façon d'envisager de compléter l'état de fait.

e) Il convient par conséquent de statuer sur le fond.

4. a) Aux termes de l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont

nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3). Cela étant, l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 229 consid. 2 ; 97 V 173 consid. 3).

b) En matière d'assurance-invalidité, l'art. 7b al. 1 LAI prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 LAI ou à l'art. 43 al. 2 LPGA. L'art. 7b al. 2 prévoit que les prestations peuvent, en dérogation à l'art. 21 al. 4 LPGA, être réduites ou refusées sans mise en demeure et sans délai de réflexion si l'assuré :

- a. ne s'est pas annoncé sans délai à l'assurance-invalidité malgré l'injonction donnée par l'office AI en vertu de l'art. 3c al. 6 LAI et que cette omission a prolongé ou aggravé l'incapacité de travail ou l'invalidité ;
- b. a manqué à son obligation de communiquer au sens de l'art. 31 al. 1 LPGA ;
- c. a obtenu ou tenté d'obtenir indûment des prestations de l'assurance-invalidité ;
- d. ne communique pas à un office AI les renseignements dont ce dernier a besoin pour remplir les tâches qui lui sont assignées par la loi.

5. Sur le vu des pièces médicales qui figurent au dossier, soit les rapports établis par les Drs D._____ (des 13 novembre 2013 et 10 septembre 2014) et F._____ (du 20 février 2014), ainsi que le rapport établi à la suite du séjour du recourant à l'Hôpital H._____ (du 9

décembre 2013), il apparaît que le recourant souffre d'une problématique de dépendances multiples, ainsi que de problèmes de la sphère psychique, soit des troubles de la lignée anxio-dépressive, des troubles de la personnalité, voire d'un trouble bipolaire. Confronté à un tel tableau clinique, les organes de l'assurance-invalidité ont pour tâche, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure administrative en matière d'assurance sociale (cf. art. 43 al. 1 LPGA), d'établir dans quelle mesure ces troubles affectent la capacité de travail et de gain de la personne assurée.

6. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 4 LAI en corrélation avec l'art. 8 al. 1 LPGA). On entend par 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 la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

b) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle

contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. TFA I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités ; voir également TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

c) 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_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3 et les références).

d) L'existence d'une comorbidité psychiatrique – dont le diagnostic a été posé *lege artis* – ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité

de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4 et les références).

7. a) Ainsi qu'on l'a vu, l'évaluation de l'invalidité d'une personne souffrant d'une addiction est un sujet qui peut poser des questions complexes sur les plans médical et juridique. Compte tenu d'un tableau clinique qui entremêle diverses dépendances et des troubles psychiques, ainsi que de la relative pauvreté des renseignements médicaux à disposition, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique est le préalable indispensable à toute décision sur le droit aux prestations.

b) A la lumière du dossier produit par l'intimé, il convient d'admettre que le recourant n'a pas prêté la diligence requise à la procédure d'instruction de la demande. Durant les quatorze mois qui ont séparé l'indication à l'expertise (10 mars 2014) et la décision litigieuse (29 mai 2015), le recourant n'a pas exprimé une volonté affirmée de collaborer activement à l'instruction. Certes a-t-il soutenu être disposé à se soumettre aux examens médicaux et techniques demandés par l'OAI (courrier du 30 octobre 2014) ; ses propos n'ont toutefois jamais dépassé le stade des déclarations d'intention. Comme le démontre sa tentative avortée de retour au mois de juillet 2014, le recourant a entendu privilégier l'éloignement de la Suisse afin d'échapper aux problèmes financiers, judiciaires et familiaux qui l'y attendaient par rapport à la procédure d'instruction de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité. Or, sur un plan strictement objectif, il était parfaitement exigible de la part du recourant, malgré les troubles psychiques dont il était atteint, qu'il se déplace en Suisse afin de se

soumettre à une expertise psychiatrique (TF 9C_994/2009 du 22 mars 2010 consid. 5.2). Contrairement à ce qui a été suggéré au cours de la procédure, l'expertise ne pouvait être réalisée à distance, dès lors qu'une expertise médicale doit résulter d'un examen personnel de la personne assurée, ni déléguée à un médecin thaïlandais, faute pour celui-ci d'être familiarisé avec la problématique et les concepts du droit suisse des assurances (cf. Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, in : Bulletin des médecins suisses 2004/85 p. 1906 sv.). Dans la mesure où l'on ne saurait exiger d'un assureur qu'il prolonge la procédure d'instruction indéfiniment jusqu'à ce que la personne assurée revienne à de meilleures dispositions, on ne saurait reprocher à l'office intimé d'avoir mis un terme à l'instruction et d'avoir statué en l'état du dossier.

c) En l'absence d'une analyse circonstanciée de la situation médicale permettant d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, quelle est l'incidence des problèmes médicaux présentés par le recourant sur sa capacité de travail et de gain, l'office intimé a, après avoir adressé le 25 septembre 2014 une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable, rejeté à bon droit la demande de prestations de l'assurance-invalidité. La décision litigieuse est partant correcte et doit être confirmée.

8. De retour en Suisse depuis le mois d'août 2016, le recourant s'est plié, certes tardivement, à l'injonction de l'office intimé. En pareilles circonstances, le principe de proportionnalité n'impose pas audit office qu'il réexamine le droit aux prestations à compter de la demande du 13 octobre 2013. Il commande en revanche que l'office intimé réexamine le droit du recourant aux prestations *ex nunc* et *pro futuro* dès la date du retour en Suisse, comme s'il s'agissait d'une nouvelle demande (TF 9C_994/2009 du 22 mars 2010 consid. 5.1 ; voir également ATF 139 V 585). Il serait en effet excessif de nier définitivement le droit aux

prestations en raison du défaut de collaboration du recourant, alors que celui-ci est finalement revenu en Suisse.

9. a) Dans la mesure où l'office intimé a nié à juste titre le droit aux prestations, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. L'office intimé est toutefois invité à reprendre l'instruction de la cause et à statuer sur le droit aux prestations comme s'il était saisi d'une nouvelle demande dès le retour du recourant en Suisse.

b) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

c) Vu l'issue du litige, le recourant n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 29 mai 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Jean-Michel Duc, à Lausanne (pour A.A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :