

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 février 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par PROCAP, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 17, 43 et 44 LPGA.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de vendeur depuis 1982 et a exercé diverses activités lucratives, notamment en tant que paysagiste et magasinier. Il a déployé l'activité de préparateur pour G._____ avant d'émarger à l'assurance-chômage dès le 4 mai 2009.

Victime d'un accident (agression) le 10 juin 2009 alors qu'il était sous l'influence de l'alcool, il a été en incapacité totale de travail dès cette date. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance _____ en _____ cas _____ d'accidents (ci-après : la CNA).

B. L'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée le 22 octobre 2009 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Après avoir séjourné au sein de la Clinique C._____, il a bénéficié de mesures d'intervention précoce sous forme de cours d'informatique (cf. communication de l'OAI du 8 décembre 2009).

En date du 26 mai 2010, il a fait l'objet d'un examen par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a conclu à une capacité de travail entière dès le 1^{er} juin 2010 dans une activité sédentaire, principalement en position assise, sans déplacements importants, sans marche sur des terrains irréguliers, ni montée et descente d'escaliers, ainsi que sans port de charges supérieures à 10 kg.

L'OAI a diligenté une expertise de l'assuré, réalisée le 27 août 2010 par le Dr F._____, spécialiste en médecine interne. A teneur de son rapport rédigé le 3 septembre 2010, ce dernier a mis en évidence le diagnostic avec incidence sur la capacité de travail de l'assuré d'une

« raideur douloureuse de la cheville gauche sur status après fracture-luxation tri-malléolaire de la cheville gauche le 10 juin 2009, status après réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque et vis du tibia et du péroné le 16 juin 2009, et status après algodystrophie de la cheville et du pied gauche en décembre 2009 ». Les diagnostics de « syndrome de dépendance à l'alcool », de « status après multiples traumatismes et chutes », de « status après contusion du poignet droit le 21 août 2008 et des deux coudes le 11 décembre 2009 » et d'une « atrophie testiculaire bilatérale » demeuraient sans incidence sur dite capacité. L'assuré était en mesure d'exercer à 100% une activité sédentaire adaptée, soit sans marche en terrain décliné ou irrégulier, sans montée ni descente d'escaliers et sans port de charges supérieures à 10 kg.

Le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) ayant repris ces conclusions dans un rapport du 4 octobre 2010, l'OAI a mis en œuvre une mesure d'orientation professionnelle de trois mois en atelier auprès de la Fondation H._____ (cf. communication de l'OAI du 20 décembre 2010).

L'assuré a annoncé une prise en charge auprès de la Polyclinique J._____ à compter du 28 mars 2011 en raison de douleurs lombaires.

Par décision du 19 mai 2011, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 22% dès le 1^{er} mai 2011 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%.

Le SMR a réalisé un examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assuré le 21 mars 2012 aux fins de procéder à un bilan médical complet. Le rapport corrélatif, rédigé le 26 mars 2012 par les Drs K._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, fait état des diagnostics suivants :

Avec répercussion durable sur la capacité de travail :

- douleurs et limitations fonctionnelles de la cheville gauche dans le cadre d'un status après fracture-luxation trimalléolaire de la cheville gauche ostéosynthésée et dans le cadre d'un status après algoneurodystrophie de la cheville et du pied gauches ;
- rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann ;
- gonarthrose fémoro-tibiale interne droite modérée ;
- polyneuropathie sensitive des membres inférieurs d'origine probablement éthylique.
- sur le plan psychiatrique, aucun.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- status après multiples traumatismes et chutes avec, notamment, status après contusion des coudes ;
- atrophie testiculaire bilatérale anamnétique ;
- dysfonction tubaire de l'oreille gauche, probablement d'origine traumatique ;
- status après fracture du 4^{ème} orteil droit suite à une glissade ;
- trouble de la personnalité mixte borderline et immature, non décompensé ;
- syndrome de dépendance à l'alcool, sous suivi alcoologique ambulatoire ;
- dysthymie.

Les spécialistes du SMR ont conclu à une capacité de travail entière dès le 1^{er} juin 2010 dans une activité respectant les limitations fonctionnelles des membres inférieurs et du rachis.

Fondé sur ces éléments, l'OAI a déterminé un degré d'invalidité de 22,82% et informé l'assuré de ses intentions de lui nier le droit à une rente d'invalidité par projet de décision du 29 mai 2012, tout en le mettant au bénéfice de l'aide au placement selon communication du même jour.

Dans le cadre de la procédure d'audition, le médecin généraliste traitant de l'assuré, la Dresse Y. _____, a adressé un rapport à l'OAI daté du 8 octobre 2012. Elle a exposé que son patient avait développé une « pathologie sur arthrose débutante de l'épaule gauche » et une « gonarthrose droite », tandis qu'il se plaignait d'une coxalgie droite non encore investiguée. Elle a préconisé une activité adaptée en atelier, notamment en raison de la réalisation de plusieurs critères d'un trouble de la personnalité, qualifié d'invalidant dans les relations humaines.

Par avis du 20 novembre 2012, le SMR a considéré que la tendinopathie des tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche était susceptible de justifier une diminution de rendement de 20% à compter du 24 septembre 2012 (date du diagnostic radiologique). La coxalgie n'entraînait en revanche pas de nouvelles limitations fonctionnelles. Le trouble de la personnalité n'était au surplus pas incapacitant selon les constats relevés dans le rapport d'examen SMR du 26 mars 2012.

L'OAI a réexaminé le degré d'invalidité de l'assuré et mis à jour une perte économique de 37,49% compte tenu de la baisse de rendement admise à hauteur de 20%. Il a dès lors rendu un nouveau projet de décision le 19 décembre 2012, envisageant derechef de nier le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

Une décision reprenant les termes du projet précité a été établie le 12 février 2013 et est entrée en force en l'absence de recours de l'assuré.

C. En date du 15 mai 2014, l'assuré a formulé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI.

Invité à rendre plausible un motif de révision de sa situation par courrier du 19 mai 2014, il n'a pas donné suite à cette demande, de sorte que l'OAI a rendu un projet de décision de refus d'entrer en matière le 30 juin 2014. La décision correspondante, datée du 9 septembre 2014, n'a pas été contestée par l'assuré.

D. Par formulaire déposé le 5 novembre 2014, l'assuré a sollicité des prestations auprès de l'OAI pour la troisième fois. Était joint, à l'appui de cette nouvelle requête, un rapport établi le 27 octobre 2014 par la Dresse M._____, cheffe de clinique adjointe, et N._____, psychologue assistante, du Département de psychiatrie du Centre hospitalier B._____. Elles évoquaient un suivi ambulatoire spécialisé mis en place en octobre 2013 suite à une hospitalisation de l'assuré, lequel présentait à

leur avis un « trouble de la personnalité antisociale avec des traits narcissiques et paranoïaques », ainsi qu'un « syndrome de dépendance à l'alcool ».

Par rapport médical du 15 décembre 2014, la Dresse Y. _____ a repris ces diagnostics, lesquels étaient accompagnés d'une « tendance à l'irritabilité », et rappelé que son patient souffrait d'une « tendinopathie chronifiée des muscles sus-épineux et sous-acromial gauches depuis juillet 2012 » et d'un « status post fracture-luxation tri-malléolaire de la cheville gauche depuis juin 2009 ».

Les Dresses M. _____ et S. _____, médecin assistante du Département de psychiatrie du Centre hospitalier B. _____, ont également complété un rapport à l'attention de l'OAI le 13 janvier 2015. Elles ont notamment souligné que l'assuré était suivi régulièrement depuis octobre 2013 pour son problème d'alcool et qu'il travaillait en milieu protégé à 50% auprès de la Fondation R. _____.

Sur questions du SMR, la Dresse M. _____ et le Dr T. _____, médecin assistant du Département de psychiatrie du Centre hospitalier B. _____, ont indiqué le 14 septembre 2015, que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était favorable en l'absence de consommation d'alcool en dépit de la cessation de son activité auprès de la Fondation R. _____. Sa capacité de travail était cependant considérée comme nulle, dans la mesure où une activité lucrative exacerbait les manifestations antisociales.

Par avis du 2 juin 2016, la Dresse P. _____ du SMR a estimé que l'assuré conservait une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 20% depuis 2012, la dépendance à l'alcool ayant été qualifiée de primaire lors de l'examen bidisciplinaire du 21 mars 2012. Elle a concédé toutefois qu'une intolérance au stress devait être prise en compte au titre de limitation fonctionnelle supplémentaire.

L'OAI a établi un projet de décision le 9 juin 2016 retenant que sur le plan somatique, la situation de l'assuré était stable, tandis que sur le plan psychiatrique, seule une incapacité de travail de courte durée durant son hospitalisation pouvait être prise en compte. Sa capacité de travail demeurerait entière avec une baisse de rendement de 20% dans une activité adaptée, de sorte que le droit à une rente et à un reclassement professionnel devait être nié.

Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assuré, représenté par PROCAP, a produit de nouveaux rapports médicaux du Centre hospitalier B._____. Le 7 avril 2016, le Dr X._____, médecin associé au sein du Département de l'appareil locomoteur, a fait état d'une « coxarthrose bilatérale débutante avec calcification labrale », en sus de « lombalgies chroniques ». Quant à la Dresse M._____ et au Dr T._____ du Département de psychiatrie, ils ont exposé le 8 juillet 2016 que le trouble de la personnalité affectant l'assuré était présent de longue date, même en l'absence de toute consommation d'alcool, et avait un « impact non négligeable sur son fonctionnement ».

Après examen de ces documents, le SMR a maintenu sa position par avis du 18 août 2016.

L'OAI a dès lors rendu une décision de refus de reclassement et de rente le 27 octobre 2016, reprenant les termes de son projet de décision du 9 juin 2016.

E. L'assuré, avec l'assistance de PROCAP, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 1^{er} décembre 2016. Il a conclu, à titre principal, à l'allocation de prestations de l'assurance-invalidité (rente ou mesures professionnelles) et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Il a pour l'essentiel remis en doute l'appréciation du volet médical de son dossier, soulignant les avis divergents de ses médecins et du SMR sur le plan psychiatrique. Il

a par ailleurs mis en exergue la dégradation de son état de santé somatique vu la survenance de la coxarthrose bilatérale.

Par réponse du 9 janvier 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours, estimant ne pas avoir de motif de s'écarter des avis du SMR.

L'assuré a répliqué le 2 mars 2017, persistant dans les conclusions prises à l'appui de son recours.

L'OAI a pour sa part maintenu sa position le 24 mars 2017, faisant valoir que l'état de santé de l'assuré n'avait pas connu de modification significative depuis sa décision initiale du 12 février 2013.

Par pli du 24 avril 2017, respectivement du 18 mai 2017, l'assuré a mis en exergue le décalage entre l'appréciation de l'OAI et ses possibilités concrètes de réinsertion, en rappelant les différentes structures dans lesquelles, en dépit d'un cadre protégé, il n'avait pas pu se maintenir en activité.

L'OAI a renvoyé à ses précédentes écritures dans un courrier du 6 juin 2017.

Le 10 juillet 2017, l'assuré a adressé un tirage du rapport médical établi le 9 juin 2017 à l'issue d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombo-sacrée, dont ressort la nécessité de mettre en œuvre un bilan rhumatologique.

L'OAI s'est déterminé une nouvelle fois le 31 août 2017 et confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

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

c) En l'espèce, le recours formé le 1^{er} décembre 2016 contre la décision de l'intimé du 27 octobre 2016 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte en l'espèce sur le point de savoir si l'état de santé du recourant s'est modifié de manière significative depuis la

décision de refus de rente du 12 février 2013 et, cas échéant, s'il peut prétendre des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA.

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

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

Est réputée incapacité de travail 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 (art. 6 LPGA).

c) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon

le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

4. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

b) Dans deux arrêts récents (ATF 143 V 409 et ATF 143 V 418), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente AI en cas de troubles psychiques. Il a considéré que même si la classification diagnostique est médicalement nécessaire et qu'un diagnostic posé selon les règles de l'art est indispensable, ce qui importe le plus est la question des effets fonctionnels d'un trouble sur la capacité de travail (ATF 130 V 418 consid. 6). Le Tribunal fédéral a dressé un parallèle entre la problématique des troubles psychiques et l'évolution récente de la jurisprudence concernant des troubles douloureux sans

causes organiques explicables (troubles somatoformes douloureux) et troubles psychosomatiques analogues, développée dans l'ATF 141 V 281. Il a en substance retenu que pour les maladies psychiques, et non seulement dans le cas de troubles somatoformes, le substrat nécessaire à l'administration d'une preuve directe permettant de conclure à une incapacité de travail faisait défaut. L'administration de la preuve doit donc se faire de manière indirecte, à l'aide d'indicateurs (ATF 143 V 418 consid. 7.1 et les références citées). Le Tribunal fédéral a par ailleurs rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. A cet égard, 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 409 consid. 4.2 ; 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique 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 du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4).

c) Par ailleurs, 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, psychique ou mentale 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 en revanche un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 ; 9C_706/2012 du 1^{er} juillet 2013 consid. 3.2 ; 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage ; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.3 ; 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3 et les références citées).

L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé lege artis - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conduire 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_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4 ; 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4 et les références citées).

5. Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

6. a) En l'espèce, sur le plan somatique, à la date de la décision de refus de rente du 12 février 2013, le recourant avait fait l'objet d'un bilan au sein du SMR. Le rapport des Drs K._____ et L._____ du 26 mars 2012 concluait à une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} juin 2010, compte tenu des affections de la cheville et du pied gauches, de troubles statiques et dégénératifs du rachis, d'une gonarthrose et d'une polyneuropathie des membres inférieurs. Etaient précisées les limitations fonctionnelles suivantes :

« Membres inférieurs : pas de genuflexions, pas de franchissement d'escabeaux ou échelles. Pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur, pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de position debout de plus 10 minutes. Pas de marche à plat de plus de 10 minutes, pas de marche en terrain décliné. Port de charges limité à 10 kg.

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations. Pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque. Pas de rotation rapide de la tête. Pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque. »

Par la suite, la Dresse Y._____ a annoncé, dans un rapport du 8 octobre 2012, les éléments suivants :

« [...] L'IRM faite le 24 septembre 2012 démontre une tendinopathie de 2 tendons de la coiffe des rotateurs gauches, ainsi qu'une bursite, dans le cadre d'un conflit acromio-claviculaire.

Le patient a donc développé une pathologie sur arthrose débutante de l'épaule gauche, pour laquelle il est actuellement en traitement.

M. A. _____ se plaint aussi d'une coxalgie droite nouvelle, qui n'a pas encore été investiguée radiologiquement, mais qui pourrait aussi être d'origine arthrosique, vu la clinique de craquements à la mobilisation et d'une douleur de type mécanique. Le patient souffre d'ailleurs déjà d'une gonarthrose droite documentée. [...] »

Vu l'atteinte de l'épaule gauche, le SMR avait estimé que de nouvelles limitations fonctionnelles, à savoir l'élévation et l'abduction de l'épaule au-dessus de 60° et le lever de charges supérieures à 5 kg, justifiaient une diminution de rendement de 20% en dépit d'une capacité de travail demeurant entière (cf. avis médical du 20 novembre 2012).

b) Dans le cadre de l'examen de la demande de prestations formulée le 5 novembre 2014, les différents praticiens ayant examiné le recourant n'ont pas fait état de nouvelles atteintes à la santé du registre somatique (cf. notamment rapport de la Dresse Y. _____ du 15 décembre 2014). Cela étant, le Dr X. _____ a exposé les résultats d'un bilan radiologique aux termes d'un rapport du 7 avril 2016. Il a conclu que le recourant présentait des « troubles dégénératifs débutants de ses deux hanches avec surtout une calcification labrale ». Il a préconisé en l'état la poursuite d'un traitement conservateur en présence d'une « épaisseur du cartilage bien conservée », ainsi qu'une infiltration cortisonée.

Quant au SMR, il a pour sa part considéré avoir affaire à une situation clinique stable qui ne justifiait pas de modifier l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 100%, avec un rendement diminué de 20%. Les limitations fonctionnelles étaient à son avis déjà prises en compte et énumérées à satisfaction dans le rapport d'examen bidisciplinaire du 26 mars 2012 et dans l'avis du 20 novembre 2012 (cf. avis médical du 2 juin 2016).

c) L'analyse des pièces médicales recueillies à la date de la décision querellée – du 27 octobre 2016 – ne permettent pas de se distancer des considérations du SMR au regard des atteintes affectant la

santé physique du recourant. On relève en effet que ce dernier a fait l'objet d'un examen approfondi au sein du SMR et que les diagnostics avancés dans le cadre de la procédure d'audition ont dûment été pris en considération dans son cas. On peut également observer que les différentes restrictions fonctionnelles énumérées par le SMR sont corrélées à l'ensemble des affections des membres supérieurs et inférieurs, telles qu'objectivées au cours de l'examen clinique du SMR et par les différents spécialistes en charge du recourant. Il s'agit en conséquence de considérer que du point de vue strictement somatique, la situation du recourant est restée sensiblement identique à celle prévalant lors de la décision de refus de rente du 12 février 2013. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA fait donc défaut dans ce cadre.

d) S'agissant des pièces produites auprès de la Cour de céans, en particulier du rapport d'IRM lombo-sacrée du 9 juin 2017, il y a lieu de constater qu'une éventuelle péjoration de l'état de santé physique ressortant de ce document ne pourrait être prise en considération. Il est en effet rappelé que le juge appelé à statuer doit examiner la situation d'après l'état de fait régnant à la date de la décision entreprise (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

7. a) Quant au registre psychique, les investigations conduites préalablement à la décision de refus de rente du 12 février 2013 ont conduit à la conclusion selon laquelle le recourant ne subissait aucune incapacité de travail de ce fait.

aa) En premier lieu, le Dr F. _____ ne s'est pas exprimé spécifiquement sur le plan psychique, s'étant limité à mentionner qu'une « consultation psychiatrique permet de retenir le diagnostic de syndrome de dépendance à l'alcool et de probable trouble de la personnalité » (cf. rapport d'expertise du 3 septembre 2010, p. 11). Il a au surplus relevé une prise en charge du problème d'alcool dès juin 2009, interrompue en septembre 2009 (cf. ibidem, p. 21).

bb) En second lieu, à la suite de l'examen clinique réalisé au SMR le 21 mars 2012, les Drs K. _____ et L. _____ ont consigné les éléments suivants dans leur rapport du 26 mars 2012 :

« [...] **Status psychiatrique**

L'assuré est venu en automobile, il est ponctuel. Sa présentation est soignée, son hygiène est bonne. Ses cheveux sont gris et longs, dans le style des années 70. Il porte des boucles d'oreilles, 1 collier et 6 bagues aux doigts, dont 1 au pouce. Le contact est facile, l'assuré est direct, naturel, parfaitement collaborant. Il est démonstratif sur le plan des douleurs physiques : il se déplace avec force soupirs, il retire sa chaussure gauche en disant qu'elle lui serre trop le pied, il exhibe ses genoux à l'examineur psychiatre pour montrer qu'il souffre. Il est bien orienté dans le temps, dans l'espace, par rapport à la situation et sur lui-même. Il ne présente pas de trouble apparent de la mémoire, sa concentration et son attention sont bonnes durant tout l'examen psychiatrique d'une durée de 1 heure et 15 minutes. Son discours est cohérent. Il ne présente pas de trouble du cours de la pensée, pas de perte des associations, pas de fuite des idées, pas de digression, malgré une légère tendance à la logorrhée. Pas de trouble du contenu de la pensée. La thymie est neutre, l'assuré ne présente pas d'idées suicidaires. Une relative labilité émotionnelle est apparente, l'assuré a les larmes aux yeux à l'évocation de ses malheurs. Pas de diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables. Pas de réduction de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Pas de diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi. L'assuré se sent dévalorisé sur le plan physique depuis son agression de 2009, depuis qu'il marche avec une canne et qu'il souffre de douleurs somatiques. Pas de sentiment de culpabilité. Pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir. Le sommeil est perturbé par les douleurs somatiques. L'appétit est bon. Pas d'émoussement affectif, pas de manque de réactivité émotionnelle à des événements ou des circonstances habituellement agréables. Pas de dépression matinale. Pas d'agitation ou de ralentissement psychomoteur objectivable. L'assuré ne signale pas de diminution marquée de la libido. L'assuré dit qu'il évite de prendre les transports publics depuis son agression de 2009. Il ne signale pas de trouble phobique. Pas d'attaque de panique, pas de trouble phobique, ni obsessionnel observable. Pas de signes de la série psychotique, en particulier pas d'idées délirantes, pas d'idées de persécution, pas d'attitude évocatrice de phénomènes hallucinatoires. [...] »

Ils ont communiqué leur appréciation du cas en ces termes :

« [...] Au point de vue psychiatrique, le dossier médical et l'anamnèse mettent en évidence des difficultés relationnelles caractérisées par une certaine impulsivité dans le milieu professionnel, ainsi qu'une consommation de bière problématique à la suite de son divorce en 1996. L'assuré décrit une consommation épisodique, avec des périodes d'excès en réaction à des situations perçues comme difficiles ou injustes. Il s'estime capable de gérer sa consommation d'alcool. Il dit boire à une fréquence qui se situe

entre une fois par semaine et une fois tous les 15 jours, une quantité qui va de 5 dl à 5 l de bière. Lorsqu'il se sent mal et qu'il commence à boire, il le fait jusqu'à l'ivresse.

Durant l'examen clinique du SMR, il n'a pas été possible de relever des signes psychiatriques objectifs liés à la consommation d'alcool, en particulier pas de fœtor, pas de tremblements. Seule une certaine labilité émotionnelle (tendance à avoir la larme facile) est compatible avec un profil de consommateur d'alcool.

Dans l'histoire de l'assuré, on relève de nombreux conflits relationnels liés à son impulsivité, qu'il a souvent « noyés » dans la bière.

L'assuré ne décrit à aucun moment des symptômes caractéristiques d'un trouble dépressif épisodique ou récurrent. L'assuré se dit plus irritable lorsqu'il a bu.

L'assuré s'ennuie dans sa vie, il rumine et se plaint, il dort mal, mais il reste capable de faire face aux exigences élémentaires de sa vie quotidienne. Ces troubles présentent les caractéristiques de la dysthymie selon la CIM-10.

Sur le plan psychiatrique, cet assuré ne présente pas de pathologie incapacitante. Le trouble de la personnalité n'est pas décompensé, la consommation alcoolique est gérée et suivie ambulatoirement d'une manière régulière en Alcoologie, la dysthymie n'est pas une affection incapacitante. [...] »

cc) Le SMR a dès lors retenu l'absence d'atteinte à la santé invalidante du point de vue psychique, en dépit de l'avis de la Dresse Y._____, laquelle a évoqué « un trouble de la personnalité invalidant par son aspect problématique dans les relations humaines » le 8 octobre 2012.

b) Dans le cadre de la demande de prestations déposée le 5 novembre 2014, plusieurs rapports médicaux exposant l'évolution de l'état de santé psychique du recourant ont été produits.

aa) En date du 27 octobre 2014, le Département de psychiatrie du Centre hospitalier B._____ a indiqué ce qui suit :

« [...] Le présent courrier est rédigé afin que soit réexaminé le droit à une rente invalidité, l'état de santé psychique de M. A._____ s'étant gravement péjoré depuis l'examen psychiatrique de 2012.

M. A._____ bénéficie d'un suivi à la Consultation [...] depuis le mois d'octobre 2013 et est sous PLAFa [réd. : placement à des fins d'assistance] ambulatoire depuis février 2014. Le PLAFa a été prononcé par la Justice de Paix suite à une première hospitalisation d'office à [...] en juillet 2013, décidée dans le cadre de menaces proférées à l'encontre de son médecin traitant, la Dresse Y._____. Nous relevons depuis le début du suivi une alternance entre des périodes d'accalmie et de crise au cours desquelles le patient se montre menaçant sur le plan verbal et physique et consomme de

l'alcool de manière excessive, ce qui accentue encore son hétéro-agressivité.

Nous retenons actuellement les diagnostics de trouble de la personnalité antisociale avec des traits narcissiques et paranoïaques, ainsi qu'un syndrome de dépendance à l'alcool.

Au status psychiatrique, M. A. _____ est un patient de 50 ans, faisant son âge, à la tenue vestimentaire sans particularité et à l'hygiène soignée. Il est orienté aux quatre modes, normo-vigilant et se montre très méfiant dans la relation. Le discours est logorrhéique, accompagné par moments d'une agitation motrice. La pensée est rétrécie avec un discours toujours centré sur les mêmes thématiques et ne laissant aucune place aux interventions de l'interlocuteur. L'humeur est labile, le patient passant rapidement de la colère à la tristesse en cours d'entretien, d'une position menaçante à une position de victime. Il n'existe pas d'idéation suicidaire. Nous relevons la présence de menaces auto et hétéro-agressives en lien avec un vécu persécutoire (menace par exemple de tuer ou frapper toute personne qui prendrait une décision allant à son encontre). Il n'existe pas de symptômes de la lignée psychotique, ni de trouble du moi. Le patient rapporte une consommation régulière d'alcool et nie toute consommation d'autres substances psychotropes. Nous notons une absence de conscience de la maladie et une faible adhésion au traitement psychiatrique. [...] »

Ultérieurement, dans un rapport du 13 janvier 2015, des précisions ont été fournies par ce même département en ces termes :

« [...] Le patient peut se montrer irritable et hostile s'il est soumis à des facteurs de stress extérieurs et à la confrontation avec d'autres personnes. Ce comportement est accentué sous l'effet de l'alcool. Il présente une rigidité de caractère importante, a régulièrement le sentiment d'être rabaissé ou menacé, ce qui se traduit par de la violence verbale et des troubles du comportement. [...] »

En outre, le rapport établi par l'Hôpital [...] le 13 août 2014 a été versé au dossier du recourant à la demande du SMR. Ce document contient la synthèse et les conclusions ci-après :

« [...] M. A. _____ est un patient de 50 ans présentant un syndrome de dépendance à l'alcool évoluant depuis de nombreuses années ainsi que des troubles du comportement ayant entraîné de nombreuses altercations avec la police, la perte de son emploi à deux reprises, la séparation d'avec sa première épouse et un isolement social progressif.

Sur le plan diagnostique, nous retenons le diagnostic de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent mais en milieu protégé, ainsi que celui de trouble de la personnalité sans précision au vu de son comportement au cours de l'hospitalisation et en tenant compte des difficultés interpersonnelles qui ont jalonné son parcours depuis le début de l'âge adulte. En effet, le patient se décrit spontanément raciste et homophobe, il est très revendicateur durant la durée de son séjour avec un discours agressif envers les

femmes impliquées dans sa prise en charge, alors qu'il demande implicitement à être suivi de préférence par des femmes, ce qui a nécessité un recadrage à plusieurs reprises. Nous notons par ailleurs des comportements antisociaux de longue date, une importante impulsivité, une labilité émotionnelle, un mépris de certaines normes sociales et des conséquences de ses dires ou actes qui nous orientent vers un trouble de la personnalité antisociale ou impulsive. Toutefois, nous constatons des périodes de stabilité professionnelle et relationnelle en dehors des périodes de fortes alcoolisations, il s'agira donc de confirmer ou d'infirmier ce diagnostic à distance de la période de crise.

Au bénéfice des entretiens médico-infirmiers, le patient accepte progressivement de collaborer avec l'équipe soignante. Il parvient à reconnaître son problème de dépendance à l'alcool et devient demandeur d'une aide. M. A. _____ est resté abstinant durant son séjour.

Sur le plan médicamenteux, le traitement d'entrée est reconduit sans modification. Un traitement d'Antabus est instauré en fin de séjour. [...]

Sur le plan alcoologique, M. A. _____ bénéficie d'une prise en charge spécifique. [...] »

bb) Sur questions du SMR, le Département de psychiatrie du Centre hospitalier B. _____ a indiqué le 14 septembre 2015 que la capacité de travail du recourant était nulle, ce dernier se trouvant rapidement confronté à ses limites, le trouble de la personnalité antisociale étant « exacerbé par les consommations d'alcool ou les situations de stress, notamment au niveau professionnel ou dans le contexte de douleurs chroniques suite à son accident ». Les spécialistes du Centre hospitalier B. _____ ont ajouté ce qui suit sur questions du mandataire du recourant le 8 juillet 2016 :

« [...] **1. Confirmez-vous que les effets du trouble de la personnalité (irritabilité, hostilité, rigidité, violence verbale, ...) sont présents de manière importante en l'absence de consommations ?**

La nature même de cette pathologie fait que ces traits de personnalité sont présents de longue date et font partie du fonctionnement habituel du patient, même en dehors des consommations d'alcool. Cependant, comme spécifié dans notre dernier courrier à l'attention de l'Office AI, ces manifestations sont exacerbées par les consommations d'alcool ou les situations de stress.

2. Confirmez-vous qu'il suffit que l'assuré soit soumis à un environnement stressant et où il est amené à interagir avec des tiers (comme dans une activité lucrative ordinaire) pour que le trouble de la personnalité se manifeste ?

Tout comme les consommations d'alcool, il est clair qu'un environnement stressant et des interactions avec des tiers qui

peuvent s'avérer conflictuelles est un terrain propice aux manifestations de ce trouble de la personnalité.

3. Si vous êtes d'accord avec le SMR, confirmez-vous que ce trouble de la personnalité n'est restrictif uniquement qu'en cas de consommation abusive ?

Nous pensons que même en dehors des consommations abusives d'alcool, le trouble de la personnalité a un impact non négligeable sur le fonctionnement du patient, notamment au niveau des situations interactionnelles. A noter également que si les troubles du comportement n'étaient présents qu'en lien avec les consommations d'alcool, ce diagnostic serait différent et nous aurions retenu un trouble mental ou du comportement lié à des consommations d'alcool (F10.9) et non pas un trouble de la personnalité associé à une dépendance à l'alcool. [...] »

c) Après examen de l'ensemble de ces documents, le SMR s'est exprimé dans un avis du 2 juin 2016. Il a rappelé pour l'essentiel que les précédents examens cliniques avaient permis de retenir une dépendance primaire à l'alcool de sorte que les troubles psychiatriques présentés par le recourant devaient être qualifiés d'induits. La consommation d'alcool pouvait être contrôlée sous suivi adéquat. Dès lors, le recourant ne présentait plus de troubles du comportement. Seule pouvait être prise en considération une incapacité de travail de courte durée durant l'hospitalisation en milieu psychiatrique de juillet à octobre 2013. Une intolérance au stress pouvait toutefois être admise au titre de limitation fonctionnelle supplémentaire.

d) En l'occurrence, le raisonnement du SMR, respectivement de l'intimé, n'apparaît pas convaincant. Ainsi que l'a mis en exergue le Département de psychiatrie du Centre hospitalier B._____, les troubles psychiatriques présentés par le recourant semblent se répercuter de manière importante sur son fonctionnement social et professionnel, ce qui est au demeurant corroboré par les différentes expériences réalisées en atelier. Le tableau clinique présenté au terme de l'examen du SMR de mars 2012 s'avère par ailleurs sensiblement différent des observations rapportées par l'Hôpital [...] et le Département de psychiatrie du Centre hospitalier B._____. En présence de ces avis spécialisés divergents, on ne peut exclure d'emblée que l'état de santé psychique du recourant se soit modifié de manière substantielle depuis la décision de février 2013. Cela étant, en l'état du dossier, il n'est pas possible de se déterminer

clairement sur les caractéristiques de ces troubles psychiques, en particulier eu égard aux critères jurisprudentiels actuels à cet égard. De même, il n'est pas possible de trancher sur la nature exacte du syndrome de dépendance à l'alcool présenté par le recourant, lequel n'a en l'état fait l'objet d'aucune analyse d'expert.

Vu ce qui précède, en l'absence d'une expertise psychiatrique répondant aux exigences jurisprudentielles actuelles en matière de troubles psychiques et se prononçant sur la nature de la dépendance à l'alcool, on ne saurait se prononcer sur le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique évoquées, ni sur leur incidence sur la capacité de travail du recourant. Il n'est pas davantage possible à ce stade de statuer sur l'altération éventuelle de l'état de santé du recourant depuis la décision initiale de l'intimé.

8. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique

(TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d).

Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

9. En l'occurrence, compte tenu des carences dont souffre le dossier quant à l'état de santé psychique du recourant, il s'impose de procéder à une expertise psychiatrique de ce dernier, laquelle devra intégrer l'examen des critères jurisprudentiels pertinents. Cette expertise devra également procéder d'une analyse spécifique à la question de la dépendance à l'alcool présentée par le recourant, à savoir si cette dépendance constitue la cause ou la conséquence d'une atteinte à la santé invalidante (cf. consid. 4 supra). La cause devra par conséquent être renvoyée à l'intimé, auquel il incombe de procéder à un tel complément. Il lui appartiendra dans ce contexte d'actualiser préalablement les données médicales somatiques, la nécessité d'une évaluation bidisciplinaire étant réservée en cas de modification éventuelle de l'état de santé du recourant à cet égard.

10. Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

a) 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 (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

b) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 27 octobre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction 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 au recourant une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- PROCAP, Service juridique, à Bienne (pour 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 :