

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 février 2011

---

Présidence de M. DIND  
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Bidiville, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,  
avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7, 8 et 16 LPGA; 4 et 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le 9 septembre 1952, marié et père de deux enfants nés en 1972 et 1974, a été employé dans la restauration, principalement comme aide-cuisinier, jusqu'en 2000. A compter de cette date, il n'a plus exercé d'activité lucrative et a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage, puis de l'aide sociale.

Le 7 juillet 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes tendant à l'octroi d'une rente. Il indiquait souffrir d'hypertension, obésité, problème avec le foie, l'estomac, la prostate, mal au dos, diabète, problèmes psychiques (névrose, agressivité, insomnie, cauchemar) et alcoolisme.

Dans un rapport médical du 19 août 2003 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), la Dresse I.\_\_\_\_\_, médecin assistante auprès de la [...] à [...], a posé les diagnostics suivants:

"A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:

- Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:
- Reflux gastro-oesophagien.
  - Leucoplasies de la paroi pharyngée postérieure.
  - Status post-exérèse d'un polype de la corde vocale droite le 08.12.2002.
  - Syndrome métabolique.
  - Stéatose hépatique sur éthylisme.
  - Hypertension artérielle."

Ce médecin estimait que les atteintes n'avaient aucune répercussion sur l'activité exercée jusqu'ici par son patient, le rendement étant inchangé.

Dans un rapport médical du 28 octobre 2003, la Dresse D.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en maladies du cœur et de la circulation, médecin traitant, a retenu les diagnostics ayant des répercussions sur la

capacité de travail de discopathie L3-L4, spondylose étagée, arthrose postérieure inter apophysaire L4-L5 et L5-S1. Ce médecin admettait une atteinte modérée au rendement dans la dernière activité exercée. Il apparaissait que la dépendance à l'alcool était le principal problème, une cure de désintoxication étant nécessaire avant toute réinsertion professionnelle.

Par décision du 22 mars 2004, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente AI à l'assuré, estimant que ce dernier ne présentait alors pas d'atteinte à la santé invalidante.

Le 21 avril 2004, par l'intermédiaire de son avocat Me Philippe Nordmann, l'assuré a fait opposition à cette décision de refus. Il affirmait être véritablement limité dans toutes les activités professionnelles à sa portée. A l'en croire, son état de santé s'était sérieusement péjoré entre l'automne 2003 et le printemps 2004. Dans un rapport médical du 5 mai 2004, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit:

"[...], je peux vous transmettre un bref rappel diagnostic:

- Discopathie L3-L4 avec spondylose étagée
- Arthrose postérieure inter apophysaire L4-L5, L5-S1
- HTA [haute tension artérielle] sévère
- Dyslipidémie
- Diabète type II non insulino-dépendant
- Gastrite avec reflux
- Status post exérèse polype corde vocale
- Stéatose hépatique sur éthylisme
- Pancréatite stade avancé et nécrose de la tête du pancréas (mars 2004)

Dans la situation actuelle, une capacité de travail de 50 % serait le taux maximum envisageable avec de nombreuses contraintes:

- Eviter le port de charges
- Périmètre de marche réduit à 500 mètres
- Station debout et assise prolongée à éviter
- Repas réguliers

Par ailleurs, on constate une nette amélioration de la compliance (ce qui n'était pas le cas les années précédentes):

- Respect strict du traitement médicamenteux
- Abstention totale OH
- Suivi à l'unité d'alcoologie"

Statuant sur opposition de l'assuré, et se fondant en particulier sur l'avis médical précité, l'OAI a, le 3 février 2005, annulé la décision du 22 mars 2004 et décidé la reprise de l'instruction de la demande.

Le 2 mai 2005, la Dresse D.\_\_\_\_\_ a exposé que son patient avait, d'une part, subi une nouvelle pancréatite gravissime (d'origine alcoolique) et d'autre part, un épisode dépressif majeur suite au décès, par tentamen, de son épouse.

Une expertise multidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) a été réalisée par la Dresse H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, et le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie au Centre d'expertises médicales de la [...] à [...]. Dans leur rapport du 8 novembre 2005, ces experts ont retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail suivants; lombalgies chroniques non spécifiques (M54.4), épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11), syndrome de dépendance à l'alcool sévère, utilisation continue (F 10.25) et status post plusieurs pancréatites aiguës alcooliques en mars 2004, décembre 2004, mai 2005 (K85.X). Les experts concluaient à une capacité de travail diminuée de 50 % dès mars 2004, puis inexistante depuis décembre 2004. Une réévaluation devant être effectuée dans les deux ans, le pronostic était alors extrêmement réservé. Un traitement théorique s'avérait nécessaire en lien avec la problématique d'alcool afin de permettre une amélioration de la capacité de travail.

Dans un rapport médical du 25 novembre 2005 les Drs J.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA) à Prilly, ont également attesté d'une incapacité de travail dès le mois de décembre 2004 (100 % du 8 au 25 avril 2005 et du 23 septembre au 13 octobre 2005, pour les autres dates, voir avec le médecin traitant) dans l'activité précédemment exercée, ceci en raison d'une "chronicisation de la symptomatologie dépressive dans le cadre d'un deuil compliqué d'un éthyliste chronique [qui] implique que toute réintégration dans la vie active est impossible".

Dans un avis médical du 15 décembre 2005, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, du Service médical régional AI (SMR) pour la Suisse romande a relevé que l'expertise du 8 novembre 2005 des Drs H.\_\_\_\_\_, et K.\_\_\_\_\_, était peu probante à ses yeux en raison des liens de proximité du Centre d'Observation Médicale de l'AI (COMAI) avec le DUPA, du délai de rédaction de plus de trois mois pour établir le rapport, de la présence de la fille de l'assuré en tant que traductrice ainsi que l'alcoolisation de l'assuré lors de l'entretien psychiatrique, de même du fait que, depuis le 25 avril 2005, les symptômes dépressifs s'étaient amendés. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a ainsi proposé la mise en œuvre d'un examen psychiatrique au SMR.

Selon rapport d'examen du 23 juin 2006 de la Dresse G.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, faisant suite à un examen psychiatrique pratiqué le 24 mars 2006, la situation médicale de l'assuré était décrite en ces termes :

"[...]

Diagnostics

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- Status post 2 épisodes dépressifs d'intensité moyenne entre le 08.04.2005 et le 25.04.2005 et entre le 23.09.2005 et le 13.10.2005. F32.1

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- Personnalité émotionnellement labile de type impulsif F60.30
- Décès du conjoint Z63.4
- Status post syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent F10.20.

Appréciation du cas

[...]

Dans le contexte de ces alcoolisations, l'assuré finit par accepter un suivi psychiatrique ambulatoire et 2 hospitalisations à Cery ont lieu du 08 au 25.04.2005 et du 23.09 au 13.10.2005 pour des idéations suicidaires avec scénario de pendaison. En milieu hospitalier, l'évolution est bonne, la thymie remonte rapidement et l'assuré retourne à son domicile sans suivi psychiatrique.

L'appréciation de ce jour met en évidence un individu dont le fonctionnement se fait sur un mode d'une personnalité émotionnellement labile de type impulsif: l'assuré réagit vivement à toute forme d'émotion et des antécédents de passage à l'acte sont décrits. A la suite du décès de son épouse, le deuil est

incontestablement difficile à réaliser, aggravé par des alcoolisations itératives mises en corrélation avec les épisodes dépressifs. A ce titre, on doit reconnaître que durant ses hospitalisations à Cery, l'assuré souffrait comme décrit dans les lettres de sorties, d'épisodes dépressifs d'intensité modérée, mais dont les symptômes s'améliorent rapidement. A sa sortie d'hôpital, la thymie est décrite comme bonne.

Lors de l'examen SMR de ce jour, aucun signe de dépression n'a été décelé, l'assuré est jovial, il plaisante et ne boit plus depuis le 03.01.2006.

La souffrance de l'assuré quant au décès de son épouse ne fait aucun doute, d'autant plus qu'un sentiment de culpabilité a pu apparaître. Sa consommation d'alcool est du point de vue asséculoologique une consommation de type primaire, elle est largement antérieure au décès de son épouse.

En conclusion, nous sommes en présence d'un deuil compliqué par 2 épisodes dépressifs qui ont motivé des hospitalisations à Cery. L'assuré n'a pas été capable de travailler durant les hospitalisations, mais aucun élément anamnestique ni l'observation actuelle ne peuvent appuyer la présence d'une incapacité de travail au long cours d'ordre psychiatrique.

Quant à notre positionnement face à l'expertise COMAI rédigée le 08.11.2005 par la Dresse H. \_\_\_\_\_ et le Dr K. \_\_\_\_\_, aucune atteinte psychiatrique à la santé n'est décrite avant le décès de l'épouse de l'assuré et le jour de l'entretien psychiatrique (le 20.07.2005) l'assuré est tellement alcoolisé que "le présent entretien est rendu quasi impossible au vu de l'état d'imprégnation éthylique de l'expertisé" (page 12 de l'expertise).

Les manifestations d'ordre dépressif d'intensité moyenne décrites dans cette expertise sont à intégrer dans le tableau d'une consommation éthylique aiguë. L'expert mentionne que son appréciation doit être prise avec réserve. L'examen de ce jour a permis de le voir non alcoolisé, il n'y a pas de signe de dépression, qu'elle soit actuelle ou ancienne.

Outre les périodes d'hospitalisations à Cery, l'assuré n'a donc aucune atteinte à la santé d'ordre psychique qui pourrait porter préjudice à sa capacité de travail.

Les limitations fonctionnelles

Aucune du point de vue psychiatrique.

Depuis quand y'a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Dans le contexte de son processus de deuil, l'assuré a souffert de 2 épisodes dépressifs d'intensité moyenne qui ont motivé des hospitalisations en milieu psychiatrique entre le 08.04.2005 et le 25.04.2005, ainsi qu'entre le 23.09.2005 et le 13.10.2005. En dehors de ces périodes, aucun élément dépressif à composante invalidante n'a pu être identifié.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Bien que l'expertise COMAI du 08.11.2005 fasse état d'une symptomatologie dépressive moyenne portant atteinte sur la capacité de travail de l'assuré, l'expert psychiatre émet clairement des réserves quant à son appréciation, en raison de l'alcoolisation aiguë de l'assuré. Comme lors de l'appréciation du SMR, l'assuré est venu à jeun et ne consomme plus d'alcool depuis début janvier 2006 et aucun signe de dépression sévère n'a pu être objectivé en dehors des périodes d'hospitalisation, l'examen de ce jour ne peut reconnaître de composante invalidante aux symptômes dépressifs de l'assuré, qu'ils soient liés à son processus de deuil ou autre.

Concernant la capacité de travail exigible,

Elle est totale du point de vue psychiatrique.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 100 % du point de vue psychiatrique (employé dans la restauration)

Dans une activité adaptée: 100 % du point de vue psychiatrique depuis toujours."

Le 14 juillet 2006, le Dr W.\_\_\_\_\_ a adhéré aux conclusions de l'examen psychiatrique SMR précité. Interpellé sur ce point, le Dr L.\_\_\_\_\_, responsable du Centre d'expertises médicales de la [...] à [...], a communiqué, le 14 décembre 2006, que si une capacité de travail de 60 % comme aide de cuisine avait été retenue selon l'expert rhumatologue, il apparaissait clair que dans une activité physiquement plus adaptée, il n'y avait pas de limitation "d'un point de vue strictement ostéoarticulaire".

**B.** Par projet de décision du 12 février 2007, l'OAI a suggéré le rejet de la demande de prestations, l'assuré ne présentant pas d'atteinte à la santé invalidante, tant sur le plan psychiatrique que sur le plan somatique, de nature à lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Par lettre du 13 mars 2007, l'assuré, représenté par son conseil, a formé opposition contre ce projet de décision. Il a conclu à ce qu'une incapacité totale de travail lui soit reconnue depuis 2002 et a requis qu'un rapport soit demandé au [...] où il était hospitalisé pour un infarctus depuis janvier 2007.

Les Drs Q.\_\_\_\_\_, chef de clinique, et N.\_\_\_\_\_, médecin assistant au Service de Médecine Interne du [...] à [...], ont établi un rapport médical du 4 avril 2007 à l'intention de la Clinique de [...]. Les diagnostics suivants ont été posés:

"Diagnostic principal

- Infarctus myocardique aigu antérieur (STEMI) survenu le 6 mars 2007
- recanalisation du stent actif de l'IVA moyenne

Diagnostic(s) secondaire(s) et comorbidité(s)

- Cardiopathie ischémique avec maladie mono-tronculaire de l'IVA
- Stent actif sur l'IVA le 26.01.2007
- Akinésie antéro-septo-apicale étendue (fraction d'éjection à 45%)
- Diabète de type II non insulino-requérant
- Hypertension artérielle
- Hypercholestérolémie
- Obésité
- Syndrome d'apnée du sommeil léger à modéré
- Folliculite para-nasal gauche sur masqué de CPAP
- Possible éthylisme chronique
- Status post pancréatites aiguës (en 2005 au [...] et 2006 en Yougoslavie)
- Cholétithiase"

Dans un rapport médical du 18 juin 2007, consécutif à un examen pratiqué le 15 juin 2007, la Dresse D.\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail de 50 % dans une nouvelle activité adaptée aux limitations de son patient.

Dans un avis médical SMR du 27 novembre 2007, le Dr W.\_\_\_\_\_ a précisé que la maladie coronarienne justifiait une incapacité de travail totale de janvier à avril 2007, les tests pratiqués ne montrant aucune altération de la fonction cardiaque permettant d'admettre l'existence d'une incapacité de travail dans une activité adaptée au-delà de cette date.

Par décision du 22 février 2008, l'OAI a rejeté la demande de rente. Il a en substance été retenu que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail raisonnablement exigible était de 100 %. Les limitations étaient inexistantes du point de vue psychiatrique, par contre du point de vue rhumatologique, elles étaient les

suivantes; pas de mouvements répétitifs, pas de position statique prolongée et possibilité de lever raisonnablement et sans technique de levage particulière des poids de 16 kg occasionnellement.

**C.** L'assuré, par son conseil, recourt contre cette décision par acte du 20 mars 2008 et conclut à l'annulation de la décision attaquée en ce sens qu'il a droit à une rente AI entière selon date à fixer par la justice. Il soutient que son invalidité est aujourd'hui totale et que par le passé, elle l'aurait également été à certaines périodes puis partielle à d'autres périodes.

Par réponse du 14 juillet 2008, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Par réplique du 3 septembre 2008, le recourant confirme les conclusions de son recours. Il produit une attestation du 11 juillet 2008 du [...] laquelle pose le diagnostic principal d'"insuffisance cardiaque stade C, sur cardiopathie ischémique (monotonculaire)" ainsi qu'un rapport médical du 20 août 2008 de la clinique La P. \_\_\_\_\_ à [...] qui mentionne une incapacité de travail totale et définitive pour l'activité d'aide de cuisine.

Par duplique du 26 septembre 2008, se référant à un avis médical SMR (Dr W. \_\_\_\_\_) du 8 septembre 2008, l'OAI propose d'interroger le cardiologue chargé du suivi de l'assuré avant de se prononcer sur l'exigibilité dans une activité adaptée.

Le 10 février 2009, la Dresse D. \_\_\_\_\_ expose en substance que la capacité de travail résiduelle du recourant est nulle.

Invité à faire part de ses déterminations, le recourant précise le 9 mars 2009, maintenir si nécessaire sa requête d'expertise pluridisciplinaire formulée dans la cadre de son recours.

Le 9 mars 2009, l'intimé produit un avis médical SMR du 26 février 2009 à teneur duquel, en l'état du dossier, une expertise

cardiologique paraît devoir être mise en œuvre afin de déterminer les limitations fonctionnelles objectives et fixer une capacité de travail dans une activité adaptée.

Le 20 août 2009, le recourant signale avoir été hospitalisé en urgence à la fin juillet et qu'une tumeur au pancréas a été diagnostiquée, laquelle doit être opérée à la fin août. Dans ces circonstances, le recourant est d'avis qu'une expertise ne devrait être ordonnée qu'en dernière analyse.

Le 17 septembre 2009, l'intimé relève qu'il est évident qu'une expertise est compromise étant posé que celle-ci ne renseignerait pas d'avantage sur l'atteinte cardiaque du recourant antérieure à son opération du pancréas.

Interpellées le 23 février 2010 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal sur la nécessité de nouvelles mesures d'instruction suite aux précisions apportées le 10 février 2009 par la Dresse D.\_\_\_\_\_, les parties informent ne pas avoir à requérir de mesures d'instruction particulières.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent en matière d'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). 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 – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, déposé le 20 mars 2008 contre la décision de refus rendue le 22 février 2008, le recours

l'a été en temps utile. Satisfaisant aux exigences de forme posées par l'art. 61 let. b LPGA, il y a donc lieu d'entrer en matière sur le fond du recours.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (cf. la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminés se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Par faits juridiques déterminants, on entend l'état de fait fixé par une décision, en règle générale une décision administrative (Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich/Bâle/Genève 2003, ch. 4 ad art. 82 LPGA, p. 818). En outre, le Tribunal fédéral apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b).

Le cas d'espèce est, en conséquence, régi, également du point de vue matériel, par les dispositions de la LPGA en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, eu égard au fait que la décision – qui fixe définitivement l'état de fait – date du 22 février 2008. Il faut également prendre en considération les modifications entraînées par la loi fédérale du 6 octobre 2006 (5<sup>e</sup> révision de l'AI), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, applicable au présent litige.

**2.** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en

principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente une atteinte à la santé entraînant une invalidité au sens de l'AI, et le cas échéant à partir de quelle date.

**3. 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)** L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon diverses méthodes entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même lors d'une révision de celui-ci.

La méthode ordinaire de comparaison des revenus prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide) (art. 16 LPGA).

**c)** A teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité

au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (VSI 1996 pp. 317, 320 et 323; RCC 1992 p. 182 consid. 2b et les références).

**d)** 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 (Thonney/Gammeter, Alcool: problèmes psychiatriques courants "La boîte à outils du praticien" in Revue médicale de la Suisse romande, 2004, pp. 415 ss; Gammeter, Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool, Forum Med Suisse, 2002, pp. 562 ss; Shivani/Goldsmith/Anthenelli, Alcoholism and psychiatric disorder: diagnostic challenges, Alcohol Research & Health, 2002, pp. 90 ss; Davidson, Identification et traitements des comorbidités psychiatriques associées à l'alcoolodépendance, Praxis 1999, p. 1720).

**4.** Le juge des assurances sociales 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. 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, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les références citées).

Cela étant, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

**5. a)** La notion d'invalidité au sens de la loi ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. La tâche de ce dernier consiste à apprécier l'état de santé de l'assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités ce

dernier est incapable de travailler (ATF 114 V 310 consid. 3c et 105 V 205 consid. 2; Fonjallaz, Invalidité et révision des rentes d'invalidité: étude de la législation sociale, thèse, Lausanne 1985, pp. 29 ss et 45 ss; Achermann, L'évaluation de l'incapacité de travail et de gain dans les assurances sociales in RCC 1980 p. 66). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2).

**b) aa)** En l'espèce, il est constant qu'avant le rapport médical établi le 5 mai 2004 par la Dresse D. \_\_\_\_\_ (cardiologue traitant), aucune atteinte invalidante n'a été diagnostiquée. L'aggravation de l'état de santé du recourant ainsi mise en évidence a justifié une instruction détaillée sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) réalisée par les médecins spécialisés du Centre d'expertises médicales de la [...] à [...]. Selon rapport d'expertise du 8 novembre 2005, après avoir retenu les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques (M54.4), épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11), syndrome de dépendance à l'alcool sévère, utilisation continue (F 10.25) et status post plusieurs pancréatites aiguës alcooliques en mars 2004, décembre 2004 puis mai 2005 (K85.X), les experts concluaient à une capacité de travail diminuée de 50 % dès mars 2004, puis diminuée de 100% depuis décembre 2004. Une réévaluation devant être effectuée dans les deux ans. Ces conclusions ont été partagées selon rapport médical du 25 novembre 2005 des médecins du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA), lesquels ont également attesté une incapacité de travail à 100 % depuis décembre 2004 (du 8 au 25 avril 2005 et du 23 septembre au 13 octobre 2005, pour les autres dates, voir avec le médecin traitant), ceci en raison d'une "chronicisation de la symptomatologie dépressive dans le cadre d'un deuil compliqué d'un éthyliste chronique [qui] implique que toute réintégration dans la vie active est impossible".

Par avis médical SMR du 15 décembre 2005, le Dr W. \_\_\_\_\_ conteste la valeur des conclusions du COMAI, en raison des liens de proximité du Centre d'Observation Médicale de l'AI (COMAI) avec

le DUPA, du délai de rédaction de plus de trois mois pour établir le rapport, de la présence de la fille de l'assuré en tant que traductrice ainsi que l'alcoolisation de l'assuré lors de l'entretien psychiatrique, de même du fait que, depuis le 25 avril 2005, les symptômes dépressifs s'étaient amendés.

Il s'en est suivi l'établissement d'un rapport d'examen du 23 juin 2006 de la Dresse G.\_\_\_\_\_, consécutif à un examen psychiatrique pratiqué le 24 mars 2006 au SMR. Cette psychiatre retient que dans le contexte de son processus de deuil, l'assuré a souffert de deux épisodes dépressifs d'intensité moyenne qui ont motivé des hospitalisations en milieu psychiatrique entre le 8 avril 2005 et le 25 avril 2005, ainsi qu'entre le 23 septembre 2005 et le 13 octobre 2005. Hors de ces périodes, aucun élément dépressif à composante invalidante n'a pu être identifié. Partant, bien que l'expertise COMAI du 8 novembre 2005 fasse état d'une symptomatologie dépressive moyenne portant atteinte sur la capacité de travail du recourant, cette appréciation serait sujette à réserves en raison de l'alcoolisation aiguë de l'intéressé. A l'opposé, lors de l'examen du 24 mars 2006 au SMR, le recourant est venu à jeun, ne consommant plus d'alcool depuis début janvier 2006. Dans ces circonstances, aucun signe de dépression sévère n'avait pu être objectivé en dehors des périodes d'hospitalisation précitées, l'examen pratiqué ne pouvant pas reconnaître de composante invalidante aux symptômes dépressifs du recourant, qu'ils soient liés à son processus de deuil ou autre.

Le 14 décembre 2006, le responsable du COMAI a précisé que bien qu'une capacité de travail de 60 % avait été retenue dans l'activité d'aide de cuisine, dans une activité physiquement plus adaptée, il n'existait pas de limitation sur le plan strictement ostéoarticulaire.

Dans le cadre de la procédure administrative, un rapport médical du 4 avril 2007 des médecins du Service de Médecine Interne du [...] à [...] pose le diagnostic principal d'infarctus myocardique aigu antérieur (STEMI) survenu le 6 mars 2007.

Selon rapport médical du 18 juin 2007 du cardiologue traitant, la capacité de travail est de 50 % dans une nouvelle activité adaptée aux limitations.

Selon avis du 27 novembre 2007, le Dr W.\_\_\_\_\_ admet une incapacité de travail totale de janvier à avril 2007 en raison de la maladie coronarienne du recourant.

Interpellée en cours de procédure judiciaire, la Dresse D.\_\_\_\_\_ atteste, le 10 février 2009, d'une incapacité de travail totale du recourant.

**bb)** La question consiste en l'espèce à savoir si les observations et conclusions du COMAI, partagées par le DUPA, attestant d'une incapacité de travail du recourant dès décembre 2004 ont valeur probante en l'espèce ou si à l'inverse, les conclusions du rapport d'examen de la Dresse G.\_\_\_\_\_ doivent prévaloir. On constate en premier lieu que le rapport d'expertise médicale COMAI du 8 novembre 2005 est le résultat du travail de deux spécialistes (l'un en médecine interne et l'autre en psychiatrie), qu'il se compose d'un bref extrait du dossier médical (pp. 2-3), d'un rappel anamnestique (pp. 4-8), de constatations objectives générales (pp. 8-9), de constatations et d'une appréciation spécialisés en rhumatologie (pp. 9-11), d'une consultation de psychiatrie (pp. 11-12), de diagnostics précis selon classification de la CIM-10 (p. 13) et d'une appréciation détaillée et motivée de l'état de santé général de l'expertisé (pp. 13-16). A l'aune de ces éléments, les constatations du COMAI paraissent a priori pouvoir se voir reconnaître valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 4 supra). Il importe à ce stade, d'examiner les critiques élevées par le Dr W.\_\_\_\_\_ selon avis médical SMR du 15 décembre 2005.

**cc)** Le Dr W.\_\_\_\_\_ soutient tout d'abord que les liens unissant le COMAI au DUPA auraient pour conséquence que le COMAI ne présenterait pas toutes les garanties de neutralité souhaitables. Ce grief

ne saurait être retenu étant posé qu'il s'agit là d'une simple allégation de la part du médecin du SMR, non étayée par des éléments objectifs. Le reproche selon lequel la valeur de l'expertise aurait été affectée par le délai de trois mois lié à l'établissement du rapport COMAI ne représente à nouveau qu'une supposition non objectivée en l'espèce, de sorte qu'il n'est pas possible d'en tenir compte. Le Dr W. \_\_\_\_\_ oppose ensuite que la présence de la fille de l'expertisé en tant que traductrice constituerait une transgression des conditions de neutralité nécessaires. On relève que les conclusions de l'expertise en question reposent en particulier sur deux examens cliniques spécialisés (consultation de rhumatologie [pp. 9-11] et consultation de psychiatrie [pp. 11-12]) qui relatent des constatations médicales objectives relevées par des spécialistes. Dans cette mesure, l'on conçoit mal quelle incidence la présence de la fille de l'assuré aurait pu avoir sur de telles observations d'ordre purement médical. De surcroît, il s'agit là une nouvelle fois de suppositions avancées par le médecin du SMR, étant entendu qu'aucun élément n'autorise à mettre en doute le caractère exact des déclarations fournies par le recourant au COMAI. Le Dr W. \_\_\_\_\_ soutient encore que l'alcoolisation du recourant aurait faussé les conclusions de l'entretien psychiatrique. A lecture de l'expertise, il ressort des constatations de l'expert psychiatre que "l'état d'imprégnation éthylique" du recourant a rendu son examen pratiquement impossible. Il n'a ainsi pas échappé à l'expert du COMAI que l'expertisé se trouvait alors dans une période de crise (sans rémission depuis le décès par suicide de son épouse à la fin novembre 2004). C'est en tenant compte de ce facteur que l'expert psychiatre a notamment diagnostiqué le syndrome de dépendance à l'alcool sévère, utilisation continue (F10.25) tout en réservant une réévaluation de la situation une fois la problématique stabilisée. Ces conclusions n'apparaissent pas critiquables, l'expert ayant tenu compte dans ses diagnostics de la situation particulière telle qu'elle se présentait au jour de l'examen. Contrairement aux affirmations du Dr W. \_\_\_\_\_, on observe que l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) tel que diagnostiqué par l'expert du COMAI fait suite à un examen clinique pratiqué le 20 juillet 2005, soit près de trois mois après le 24 avril 2005, moment où les symptômes dépressifs se seraient amendés. Considérant qu'à compter de cette dernière date le recourant

n'était plus hospitalisé en milieu psychiatrique, au vu des circonstances d'espèce (en particulier les antécédents médicaux au dossier), le diagnostic d'état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) appert fondé. En définitive, on constate que les critiques du Dr W. \_\_\_\_\_ ne sont pas susceptibles de rediscuter le bien-fondé du rapport COMAI du 8 novembre 2005. Ce constat peut éventuellement s'expliquer par le fait que le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, n'est pas au bénéfice d'une spécialisation professionnelle dans les domaines médicaux concernés en l'espèce à savoir, la rhumatologie et la psychiatrie. Reste encore à examiner si, et le cas échéant dans quelle mesure, le rapport d'examen psychiatrique SMR du 23 juin 2006 pourrait remettre en cause les observations résultant du rapport d'expertise COMAI.

**dd)** A l'instar de l'expertise COMAI, l'examen psychiatrique au SMR retient des incapacités de travail totales durant les deux hospitalisations, soit en date du 8 au 25 avril 2005 et du 23 septembre au 13 octobre 2005 (diagnostic de status post deux épisodes dépressifs d'intensité moyenne, F32.1). Outre ces périodes, le psychiatre du SMR considère que le recourant ne présente aucune atteinte à la santé d'ordre psychique susceptible de porter préjudice à sa capacité de travail. Aux dires de ce psychiatre, les manifestations d'ordre dépressif d'intensité moyenne décrites par le COMAI doivent être intégrées dans le tableau d'une consommation éthylique aiguë. Ainsi, examiné au SMR en état non alcoolisé, le recourant ne présenterait pas de signes de dépression, qu'elle soit actuelle ou ancienne. En l'espèce, seuls quelques mois séparent l'expertise COMAI (du 8 novembre 2005) du rapport d'examen SMR (du 23 juin 2006). A l'aune des règles applicables en matière de dépendance à l'alcool, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il est alors possible de retenir ou non l'existence d'une comorbidité psychiatrique (cf. consid. 3d supra). C'est dans cette optique que le rapport COMAI précise la nécessité d'une réévaluation de la situation dans les deux ans, une fois la période de crise passée et la problématique de dépendance à l'alcool mieux stabilisée. Dans ces circonstances, le diagnostic posé lors de l'examen médical SMR s'apparente plus à une appréciation divergente d'une situation légèrement

évaluée à celle qu'elle était lors de l'expertise COMAI. L'avis contraire du psychiatre du SMR ne se révèle ainsi pas apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert psychiatre du COMAI, de sorte qu'en l'absence d'une interprétation divergente des conclusions de ce dernier, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale n'appert pas nécessaire.

**6.** En définitive, sur la base des constatations des experts du COMAI, qui doivent prévaloir sur les conclusions du psychiatre du SMR pour les raisons exposées ci-dessus, la cour de céans retient que le recourant présente une incapacité de travail totale dans toute activité en tout cas depuis décembre 2004. Le droit à la rente AI entière doit donc lui être reconnu à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2005 (cf. les art. 28 al. 1 et 29 LAI, en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, puis l'art. 28 al. 1 LAI dans sa nouvelle teneur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Le recours doit par conséquent être admis en ce sens que le recourant a droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2005. Le degré d'invalidité est de 100 % quel que soit le calcul économique, puisque l'incapacité de travail est totale dans toute activité. Le dossier sera renvoyé à l'OAI pour qu'il fixe le montant de la rente de l'assuré et des éventuelles rentes pour ses enfants. La question de l'extinction du droit à des prestations (art. 24 al. 1 LPGA) ne se pose pas, dans la mesure où les prétentions du recourant n'étaient pas périmées au moment du dépôt de la demande (Kieser, op. cit., ch. 20 ad art. 24 LPGA, p. 345).

**7.** 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 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 francs (art. 69 al. 1 bis LAI).

En l'espèce, le recourant obtient gain de cause et n'a par conséquent pas à supporter de frais judiciaires (art. 49 LPA-VD applicable

par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Ceux-ci ne peuvent pas non plus être mis à la charge de l'OAI. En effet, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, ni donc de l'OAI en sa qualité d'organisme chargé de tâches d'intérêt public (art. 54 ss LAI). Il y a lieu d'allouer des dépens à hauteur de 2'000 fr. au recourant dans la mesure où ce dernier obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F.\_\_\_\_\_, soit à son conseil, la somme de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Anne-Sylvie Dupont (pour F. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :