

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 avril 2017

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Pittet et Küng, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

D._____, p. a. M. R._____, à P._____, (GE), recourant, représenté par
Liaudet & Associés, à Genève,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 17 et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Né en 1959, D._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), célibataire, sans formation, a œuvré en dernier lieu en tant que magasinier au service de K._____ SA à Genève à compter du 13 mai 2002. Le 26 mars 2004, l'employeur a résilié le contrat de travail pour le 30 juin 2004, l'état de santé de l'assuré ne lui permettant plus d'assumer de manière satisfaisante l'exécution des tâches confiées. En raison de l'incapacité de travail totale présentée par ce dernier dès le 1^{er} mai 2004, la fin des rapports de travail a été reportée au 30 septembre 2004.

Le 13 avril 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OCAI), sollicitant l'octroi d'une rente.

L'OCAI a procédé à l'instruction de la demande. Des renseignements recueillis sur le plan médical, il ressort que l'assuré a présenté depuis le milieu des années 1990 à tout le moins des troubles anxieux avec somatisations, d'abord sur le plan dermatologique puis digestif, motivant en 1999 une première hospitalisation en entrée volontaire « en raison d'un trouble anxieux sévère, avec somatisations importantes sur le plan digestif. »

Du 2 mai 2004 au 1^{er} juin 2004, l'assuré a séjourné pour la sixième fois en mode volontaire au Département de psychiatrie de l'Hôpital M._____ « en raison d'un état anxio-dépressif avec probable sevrage alcoolique [et] de douleurs abdominales décrites comme invalidantes. »

Une évaluation neuropsychologique effectuée les 11, 18 et 19 mai 2004 (rapport du 24 mai 2004) a mis en évidence les points suivants :

« Chez ce patient droitier, de 44 ans, présentant des symptômes anxio-dépressifs, connu pour un syndrome schizo affectif et une

probable consommation OH, l'évaluation neuropsychologique met en évidence :

- une collaboration passive, un ralentissement marqué et une expression appauvrie,
- des capacités exécutives préservées avec toutefois un manque d'incitation important,
- des difficultés sévères sur le plan mnésique en mémoire épisodique verbale et non verbale (les performances n'étant pas normalisées par l'indigage),
- des difficultés attentionnelles et de concentration caractérisées par une grande lenteur.

Compte tenu de la sévérité du ralentissement, des troubles attentionnels et du manque d'incitation, il est difficile de se prononcer actuellement quant à l'étiologie des troubles. Un bilan à distance ainsi qu'une évaluation de l'efficacité intellectuelle avec le maintien d'une abstinence permettrait de préciser l'étiologie des difficultés. »

Dans un rapport du 28 juillet 2005 à l'attention de l'OCAI et faisant suite à une consultation du 20 juillet précédent, le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de trouble anxieux dépressif mixte (F 41.2), personnalité anxieuse (évitante) (F 60.6), troubles fonctionnels de l'estomac (K 31) et dépendance aux benzodiazépines (F 13.25). Il a indiqué que depuis 2003, l'assuré présentait une désorganisation de son fonctionnement en société ainsi que des traits obsessionnels pour combler ses lacunes de cohérence. Une hypothétique capacité de travail à 50% était envisageable, en cas d'évolution favorable. L'assuré continuait à bénéficier d'un traitement médicamenteux à base de neuroleptique et d'antidépresseur auprès de son médecin traitant le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale. Dite consultation a marqué la fin du suivi psychiatrique de l'assuré.

Par décision du 23 novembre 2005, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2005.

Au terme d'une procédure de révision d'office, l'OCAI a maintenu le droit de l'assuré à dite prestation (communication du 4 décembre 2008).

Depuis 2010, l'assuré réside régulièrement en Thaïlande, à raison de six à neuf mois par année avec retours annuels périodiques en Suisse.

Le 17 juillet 2012, l'OCAI a transmis le dossier de l'assuré à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) comme objet de sa compétence.

B. Le 6 décembre 2012, l'office AI a engagé une procédure de révision de la rente en adressant à l'assuré le questionnaire à cet effet. L'ayant complété le 12 décembre 2012, il y indiquait avoir été victime d'un accident vasculaire cérébral survenu en Thaïlande au mois de février précédent.

Dans un rapport médical du 28 janvier 2013 à l'attention de l'office AI, le Dr B. _____ a posé les diagnostics incapacitants de trouble anxieux dépressif mixte et de troubles digestifs fonctionnels. Ayant retenu une incapacité de travail complète dans la profession habituelle de manutentionnaire, il a exclu toute reprise d'une activité professionnelle en raison de l'équilibre précaire susceptible d'entraîner une décompensation anxieuse lors de toute situation stressante.

Sur la base des éléments médicaux recueillis, le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a demandé en date du 19 mars 2014 la réalisation d'un bilan neuropsychologique.

Un examen neuropsychologique a été effectué en date du 27 mai 2014. Dans son rapport daté du même jour, L. _____, spécialiste en neuropsychologie FSP, a conclu son évaluation en ces termes :

« Cet examen, effectué chez un assuré orienté, globalement adéquat, collaborant, ni ralenti ni fatigable, se plaignant de troubles mnésiques, met en évidence :

- un manque du mot modéré en dénomination, que l'on ne relève pas en langage spontané ;
- un léger ralentissement dans un test d'alerte phasique (temps de réaction avec signal avertisseur sonore) ;

- des performances à la limite des normes inférieures dans les tests de mémoire épisodique antérograde en modalité verbale et visuospatiale ;
- + des fonctions exécutives (planification, inhibition, flexibilité mentale, mémoire de travail) dans la norme ;
- + une attention divisée et des temps de réaction simples dans la norme ;
- + des praxies et des gnosies visuelles dans la norme ;
- + des capacités de raisonnement testées sur matériel visuospatial dans la moyenne.

Le tableau est celui de troubles cognitifs légers compatibles avec un AVC gauche, chez un assuré anxieux.

Les troubles neuropsychologiques observés ne diminuent pas la capacité de travail de manière significative. »

Après avoir pris connaissance de l'évaluation neuropsychologique, le Dr H._____ a estimé qu'il convenait de procéder à l'expertise psychiatrique de l'assuré (avis médical du 12 juin 2014).

Confiée au Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, celui-ci a déposé son rapport, co-signé par F._____, psychologue FSP, en date du 10 décembre 2014. L'expert y posait les diagnostics affectant la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte, actuellement en rémission partielle (F 41.2) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, avec syndrome de dépendance primaire, en utilisation continue. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une accentuation de certains traits de personnalité, traits de personnalité dépendante, actuellement non décompensés avec la précision que ces traits de personnalité pouvaient toutefois décompenser ponctuellement dans le contexte d'abandon ou de frustration et avoir une répercussion sur la capacité de travail.

Sous la rubrique « appréciation du cas et pronostic », l'expert s'est exprimé comme suit :

« Il s'agit d'un homme d'origine suisse, actuellement âgé de 55 ans, célibataire, sans enfant. Il entretient une relation affective stable depuis deux ans, avec une femme d'origine suisse et voyage entre la Thaïlande et la Suisse.

L'exploré a travaillé pendant 25 ans auprès de X._____, et il n'a pas d'antécédent psychiatrique avant octobre 1998, à l'exception de consommations éthyliques excessives. L'assuré a nécessité trois hospitalisations à l'Hôpital M._____, Département de psychiatrie, en 1999, en raison d'un trouble anxieux sévère, avec somatisations importantes sur le plan digestif. A noter que la seconde hospitalisation fait suite à un tentamen par veinosection.

Soulignons que l'intéressé aurait été licencié par X._____, pour vol compulsif, avant de trouver un poste de manutentionnaire à K._____ SA, où il restera pendant deux ans, avec plusieurs interruptions de travail entre 2001 et 2003 en lien avec des épisodes de décompensations dépressives. En 2003, l'exploré nécessitera une hospitalisation à la Clinique N._____, du 02.06.2003 au 26.06.2003, en raison d'un trouble dépressif récurrent moyen, dans le contexte d'un isolement social et de difficultés sexuelles, compliqué par une somatisation massive.

En 2004, l'investigué a nécessité une prise en charge en urgence dans le contexte d'un surdosage médicamenteux, ayant nécessité une cinquième hospitalisation, à l'Hôpital M._____, Département de médecine interne, puis à la Clinique N._____, dans le contexte d'une somatisation massive et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, alors qu'un possible trouble schizo-affectif est évoqué.

Une évaluation neuropsychologique datée du 24.05.2004, mettra en évidence des difficultés sévères sur le plan mnésique en mémoire épisodique verbale et non verbale, ainsi que des difficultés attentionnelles et de concentration caractérisées par une grande lenteur. Un probable trouble schizo-affectif est également évoqué.

L'assuré a bénéficié d'une septième hospitalisation à l'Hôpital M._____, Département de psychiatrie, du 02.05.2004 au 01.06.2004, en entrée volontaire en raison d'un état anxio-dépressif, avec possible sevrage alcoolique et douleurs abdominales.

Le Docteur B._____, médecine générale à Genève, indique que l'assuré présente une incapacité de travail à 100% dans son activité de manutentionnaire depuis le 01.05.2004 et dans toute autre activité. De multiples investigations digestives sont restées négatives. Le 16.12.2004, le Docteur B._____, ne retient plus le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, mais retient un trouble dépressif récurrent, un probable trouble schizo-affectif et une somatisation digestive sévère. A noter un suivi psychiatrique auprès du Docteur T._____, psychiatre, psychothérapeute FMH dès fin 2004.

L'intéressé n'a pas repris d'activité professionnelle depuis le 01.05.2004 et il est au bénéfice d'une rente octroyée par l'assurance invalidité à 100% depuis 2005. Le rapport du 27.11.2008, établi par le Docteur B._____, explique que l'état de l'exploré est stationnaire et qu'une reprise professionnelle paraît impossible.

Depuis 2010, l'investigué réside en Thaïlande six à neuf mois par année. Le 28.01.2013, le Docteur B._____, indique que l'exploré est toujours sous traitement, ce qui lui a permis de maintenir un

équilibre précaire, avec des décompensations anxieuses lors de toute situation stressante. En effet, l'assuré a une capacité extrêmement restreinte à gérer toute situation stressante, alors que sa thymie, son alimentation, sa vie sociale et sa qualité de vie en général sont nettement meilleures en Thaïlande.

Le rapport d'examen neuropsychologique daté du 27.05.2014, établi par Madame L._____, spécialiste en neuropsychologie FSP, experte neuropsychologue de la SIM, met en évidence des troubles cognitifs légers compatibles avec un accident vasculaire cérébral gauche en 2012, chez un assuré anxieux, alors que les troubles neuropsychologiques observés ne diminuent pas la capacité de travail de manière significative. Ceci apparaît comme étant en contradiction avec l'évaluation neuropsychologique réalisée une décade auparavant.

L'assuré est au bénéfice d'un suivi médical auprès du Docteur B._____, médecine générale à Genève, à raison d'une séance mensuelle lorsqu'il se trouve en Suisse. Etant donné qu'il réside six à neuf mois par an en Thaïlande, il est également au bénéfice d'une prise en charge mensuelle auprès d'un médecin généraliste thaïlandais.

L'exploré n'est plus au bénéfice d'une prise en charge psychiatrique depuis 2005. Soulignons que l'investigué dispose des coordonnées d'un psychiatre en Thaïlande, mais il explique « ne pas avoir ressenti le besoin d'une prise en charge psychiatrique » jusqu'à présent. Néanmoins, l'exploré décrit une recrudescence des symptômes anxieux et dépressifs depuis 2012, réactionnel à son accident vasculaire cérébral. Le traitement psychotrope actuel est composé d'Efexor®(venlafaxine) 150mg/jour, d'Abilife (aripiprazole) 60mg/jour.

Tenant compte de l'anamnèse, de l'examen clinique et psychométrique actuel et du dossier médical en possession de l'expert, on peut retenir un trouble anxieux et dépressif mixte, actuellement en rémission partielle. Ce trouble serait postérieur à un accident vasculaire hémorragique intervenu en 2012. Actuellement, le trouble anxieux et dépressif mixte est en rémission clinique partielle, alors que les symptômes dépressifs et anxieux résiduels sont entretenus par une dépendance éthylique primaire, utilisation continue à au moins 4 verres/ jour selon l'anamnèse et l'examen biologique.

Des limitations fonctionnelles significatives en lien avec les troubles susmentionnés (trouble anxieux et dépressif mixte et dépendance éthylique utilisation continue), mais peut-être aussi en lien avec un accident vasculaire hémorragique en 2012 ont été présentes dans le passé : troubles de la concentration, ralentissement psychomoteur sévère, isolement social. Actuellement ces limitations sont encore présentes, mais discrètes : fatigue avec ralentissement psychomoteur léger, isolement social très partiel non significatif surtout en Thaïlande, troubles de la concentration intenses subjectivement, mais discrets objectivement. Ces limitations sont probablement plus importantes lors des abus éthyliques.

Tenant compte de l'ensemble du tableau clinique et de l'évolution des limitations fonctionnelles sus mentionnées, la capacité de travail clinique de l'assuré peut être considérée comme étant nulle actuellement, en raison d'une dépendance éthylique utilisation continue, chez un assuré qui présente [des] traits de la personnalité émotionnellement labile et dépendante qui compliquent le tableau clinique et un très important déconditionnement. Toutefois, d'un point de vue médico-théorique la capacité de travail médico-théorique est de 50% dans un emploi adapté au status somatique. Il existe une exigibilité asséurologique pour un sevrage éthylique et pour un suivi psychiatrique hebdomadaire centré sur le déconditionnement et sur les traits de la personnalité pathologiques, pour pouvoir réaliser la reprise médico-théorique susmentionnée. Ensuite, en cas d'absence de décompensation de traits de la personnalité pathologiques, une capacité de travail médico-théorique de 100% pourrait être envisagée dans 6 mois. Toutefois, en cas de suppression de rente ou d'invitation de diminuer son déconditionnement par une réadaptation professionnelle, le pronostic risque d'être sombre, comme annoncé clairement par l'investigué, qui explique qu'il aura besoin d'une hospitalisation psychiatrique.

Un rapport neurologique, ou une expertise neurologique devrait clarifier les limitations fonctionnelles éventuelles persistant après l'accident vasculaire cérébral hémorragique de 2012.

Dans le contexte d'un très important déconditionnement, des avantages secondaires significatifs, mais aussi d'une fragilité psychique en lien avec des traits de la personnalité qui peuvent décompenser, une reprise professionnelle apparait comme très peu probable.

L'expertisé se montre particulièrement peu motivé pour une reprise d'activité professionnelle. En effet, il explique qu'il s'est « pas mal donné au niveau du travail » et qu'il a encore des séquelles de son accident vasculaire cérébral, ce qui l'empêche d'effectuer la moindre activité professionnelle. L'exploré ajoute qu'il ne se voit pas reprendre une activité professionnelle alors qu'il risque de perdre son deuxième pilier, s'il perd sa rente entière de l'assurance invalidité. Il explique ensuite qu'il nécessitera certainement une prise en charge hospitalière suite à une rechute dépressive au cas où il ne recevra pas une rente complète, alors qu'il n'a plus présenté de décompensation psychique depuis 2005 et son examen neuropsychologique semble meilleur actuellement qu'il y a une décade.

Le pronostic clinique dépend de la mise en place d'un suivi psychiatrique hebdomadaire centrant les questions des traits de la personnalité pathologiques, d'un sevrage éthylique, des bénéfices secondaires et du déconditionnement de l'assuré.

Le pronostic d'une reprise professionnelle est sombre, tenant compte du déconditionnement et du manque de motivation de l'assuré, mais aussi de sa fragilité psychique, en lien avec des traits de la personnalité qui pourront décompenser en cas de frustration, mais qui n'ont toutefois, plus décompensé depuis 2005.

L'assuré a pu organiser sa vie entre deux pays (Suisse et Thaïlande), tout en gérant des démarches complexes l'obligeant à quitter la Thaïlande tous les trois mois, pour se rendre en Malaisie, ou en Suisse pour des démarches administratives. L'assuré se montre très peu motivé pour une réinsertion professionnelle, car il ne souhaite pas perdre les avantages de sa vie actuelle.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

B.1 Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés :

- au plan physique

Selon l'anamnèse et le dossier médical en possession de l'expert, des limitations somatiques neurologiques en lien avec un accident vasculaire hémorragique en 2012 existent et devraient être investiguées (il ne peut pas porter plus que 2 ou 3 kilos avec le bras droit, etc.).

Toutefois, l'expert n'a pas réalisé d'examen clinique somatique et il ne peut pas se prononcer quant à cette question.

- au plan psychique et mental

Sur le plan psychique, des limitations fonctionnelles ont été présentes dans le passé (ralentissement psychomoteur significatif, troubles de la concentration, isolement social important), selon l'anamnèse et le dossier médical. Actuellement nous retenons un ralentissement psychomoteur léger, mais objectivable et une fatigue subjective avec des performances cognitives satisfaisantes, tenant compte du niveau d'acquisition et du déconditionnement de l'assuré. De plus, l'intéressé présente une résistance au stress très limitée, dans un contexte de déconditionnement et de traits de la personnalité dépendante et émotionnellement labile.

- au plan social

Il existe des limitations sur le plan social, dans le sens d'un isolement social légèrement diminué, alors qu'auparavant les limitations sociales étaient plus importantes, selon l'anamnèse.

B.2 Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

B.2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Nous retenons une dépendance éthylique primaire et des troubles anxieux et dépressifs mixtes depuis 1999 qui ont évolué avec des hauts et des bas et qui ont favorisé l'apparition de limitations fonctionnelles comme ceci a été détaillé dans le Chapitre A5.

B.2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Des limitations fonctionnelles significatives en lien avec un trouble anxieux et dépressif mixte et une dépendance éthylique utilisation continue, mais peut-être aussi en lien avec un accident vasculaire hémorragique en 2012 ont été présentes dans le passé : troubles de la concentration, ralentissement psychomoteur sévère, isolement social. Actuellement ces limitations sont encore présentes, mais discrètes : fatigue avec ralentissement psycho moteur léger, isolement social très partiel non significatif surtout en Thaïlande, troubles de la concentration intenses subjectivement, mais discrets

objectivement. Ces limitations sont probablement plus importantes lors des abus éthyliques.

Tenant compte de l'ensemble du tableau clinique et de l'évolution des limitations fonctionnelles sus mentionnées, la capacité de travail clinique de l'assuré peut être considérée comme étant nulle actuellement, en raison d'une dépendance éthylique utilisation continue, chez un assuré qui présente [des] traits de la personnalité émotionnellement labile et dépendante qui compliquent le tableau clinique et un très important déconditionnement. Toutefois, d'un point de vue médico-théorique la capacité de travail médico-théorique est de 50% dans un emploi adapté au status somatique. Il existe une exigibilité asséurologique pour un sevrage éthylique et pour un suivi psychiatrique hebdomadaire centré sur le déconditionnement et sur les traits de la personnalité pathologiques, pour pouvoir réaliser la reprise médico-théorique susmentionnée. Ensuite, en cas d'absence de décompensation de traits de la personnalité pathologiques, une capacité de travail médico-théorique de 100% pourrait être envisagée dans 6 mois. Toutefois, en cas de suppression de rente ou d'invitation de diminuer son déconditionnement par une réadaptation professionnelle, le pronostic risque d'être sombre, comme annoncé clairement par l'investigué.

Un rapport neurologique, ou une expertise neurologique devrait clarifier les limitations fonctionnelles éventuelles persistantes après l'accident vasculaire cérébral hémorragique de 2012.

Dans le contexte d'un très important déconditionnement, des avantages secondaires significatifs, mais aussi d'une fragilité psychique en lien avec des traits de la personnalité qui peuvent décompenser, une reprise professionnelle apparait comme très peu probable.

B.2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Voir point B.2.2.

B.2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Se référer au point B.2.2.

B.2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Voir point B.2.2.

B.2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Voir point B.2.2.

B.3 En raison de ses troubles psychiques, l'investigué est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Voir point B.2.2.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

C.1 Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

L'expertisé se montre particulièrement peu motivé pour une reprise d'activité professionnelle, ce qui risque de mettre en échec des mesures de réadaptation professionnelle, qui pourront être en théorie porteuses d'espoir.

Un sevrage éthylique et un suivi psychiatrique hebdomadaire pourront préparer l'assuré pour la mise en place théorique d'une réadaptation professionnelle. Toutefois, en pratique, l'expert est très sceptique quant à l'intérêt d'une telle démarche, car au-delà de sa fragilité psychique en lien avec des traits de la personnalité pathologiques qui peuvent décompenser, l'assuré ne souhaite pas diminuer sa qualité de vie en revenant de Thaïlande en Suisse pour effectuer un programme de réadaptation professionnelle.

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail

La capacité de travail devra être très progressivement augmentée, dès que le sevrage éthylique sera effectué. En théorie on pourrait imaginer un programme de 50% dès l'obtention d'un sevrage éthylique.

- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social

L'investigué présente une aptitude suffisante à s'intégrer dans le tissu social, bien que ce point reste encore à améliorer.

- la mobilisation des ressources existantes

L'intéressé présente [des] capacités cognitives limitées, mais par exemple suffisantes pour gérer adéquatement sa vie entre deux pays (visa, prise de billets d'avion, location de chambres, vie affective et sociale surtout en Thaïlande).

C.2 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

Voir point C1.

C.2.1 Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Un sevrage éthylique et un suivi psychiatrique hebdomadaire pourront préparer l'assuré pour la mise en place théorique d'une réadaptation professionnelle. Toutefois, en pratique, l'expert est très sceptique quant à l'intérêt d'une telle démarche, car au-delà de sa fragilité psychique en lien avec des traits de la personnalité pathologiques qui peuvent décompenser, l'assuré ne souhaite pas diminuer sa qualité de vie en revenant de Thaïlande en Suisse pour effectuer un programme de réadaptation professionnelle.

C.2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Probablement aucune, vu l'absence de motivation de l'assuré, mais aussi son déconditionnement et sa fragilité psychique.

C.3 D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'investigué ?

C.3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Toute activité tenant compte des acquis de l'assuré et de ses capacités intellectuelles actuelles (se référer à l'examen neuropsychologique de 2014) pourra être exigible après la réalisation d'un sevrage éthylique.

C.3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

En théorie on pourrait l'augmenter progressivement jusqu'à 50% après la réalisation d'un sevrage éthylique qui est exigible.

C.3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Voir Chapitre A5.

C.3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

Voir Chapitre A5. »

En réponse à la lettre du Dr H._____, le Dr G._____ a répondu le 19 mars 2015 en ces termes aux questions posées :

« 1. L'état psychique s'est modifié depuis 2004. Depuis quelle date l'assuré a retrouvé une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues ?

Il est difficile de répondre d'une façon très précise à cette question, car nous ne bénéficions pas d'éléments objectifs suffisants, ou d'examens cliniques suffisamment probants dans la période 2005 jusqu'en 2014. Il existe des éléments plaidant en faveur d'une amélioration clinique en 2010, lors du déménagement en Thaïlande, mais cette information, dans l'absence d'un rapport médical circonstancié, n'est pas suffisamment précise pour trancher.

Nous pouvons toutefois considérer une nette amélioration clinique depuis le 27.05.2014, en nous basant sur l'évaluation neuropsychologique datée du 27.05.2014, qui ne confirme plus les troubles existants en 2004.

En effet, nous observons une importante évolution positive existant entre l'évaluation neuropsychologique de 2004 et celle de 2014.

Une évaluation neuropsychologique datée du 24.05.2004 avait mis en évidence des difficultés sévères sur le plan mnésique en mémoire épisodique verbale et non verbale, ainsi que des difficultés attentionnelles et de concentration caractérisées par une grande lenteur. Un probable trouble schizo-affectif est également évoqué. L'assuré a bénéficié d'une septième hospitalisation à l'Hôpital M._____, Département de psychiatrie, du 02.05.2004 au 01.06.2004, en entrée volontaire en raison d'un état anxio-dépressif, avec possible sevrage alcoolique et douleurs abdominales.

Depuis 2010, l'investigué réside en Thaïlande six à neuf mois par année et il n'a pas nécessité ni de suivi psychiatrique, ni d'hospitalisation psychiatrique comme auparavant.

Le rapport d'examen neuropsychologique daté du 27.05.2014, établi par Madame L._____, spécialiste en neuropsychologie FSP, experte neuropsychologue de la SIM, met en évidence des troubles cognitifs légers compatibles avec un accident vasculaire cérébral gauche en 2012, chez un assuré anxieux, alors que les troubles neuropsychologiques observés ne diminuent pas la capacité de travail de manière significative. Selon l'anamnèse psychiatrique, depuis 2010 à 2014 (au plus tard), nous ne retenons plus non plus les limitations psychiatriques qui étaient présentes en 2004.

2. Au bout de combien de temps après la mise en place d'un sevrage éthylique et d'un suivi psychiatrique hebdomadaire les empêchements actuels se réduiront-ils de façon à permettre une activité adaptée à 100% : 3, 6, 12 mois ou une période plus longue ?

Il est également difficile de répondre d'une façon tranchée à cette question, car il s'agit d'une capacité de travail médico-théorique et l'évolution clinique ne peut être prévue d'une façon très précise, devant un assuré relativement fragile qui peut décompenser, malgré l'existence d'avantages secondaires qui ont été décrits.

Tenant compte de l'ensemble du tableau clinique, nous estimons comme au moment de l'expertise (Voir point B.2 et aussi A5) qu'il existe une exigibilité asséculo-logique pour un sevrage éthylique et pour un suivi psychiatrique hebdomadaire centré sur le déconditionnement et sur les traits de la personnalité pathologiques, pour pouvoir réaliser une reprise professionnelle médico-théorique. En cas d'absence de décompensation de traits de la personnalité pathologiques et de réalisation des mesures susmentionnées, une capacité de travail médico-théorique de 100% pourrait être envisagée dans 6 mois. »

Le 8 janvier 2016, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait réduire la rente à 50% sur la base des constatations suivantes :

« Vous êtes actuellement au bénéfice d'une rente entière (invalidité 100%) versée depuis le 1^{er} mai 2005.

Dans le cadre de la révision du droit à la rente, nous avons sollicité une expertise neuropsychologique dans un premier temps, puis une expertise psychiatrique.

Il ressort des conclusions de ces expertises et de l'avis du médecin-conseil du Service Médical Régional que vous avez présenté une amélioration de votre état de santé depuis au moins mai 2014 et qu'en l'absence de pratique alcoolique ou après un sevrage qualifié comme exigible, votre capacité de travail exigible peut être estimée à 50% dans un premier temps, mais qui pourrait atteindre ensuite 100%.

En effet, l'expert retient dans son rapport du 10 décembre 2014 qu'un sevrage éthylique et un suivi psychiatrique hebdomadaire

pourraient vous préparer à la mise en place théorique d'une réadaptation professionnelle. Ceci, tout en notant que vous ne souhaitiez pas diminuer votre qualité de vie en revenant de Thaïlande en Suisse pour effectuer un programme de réadaptation professionnelle.

Nous ne pouvons juridiquement exiger ces traitements, mais vous conseiller vivement de les suivre.

Dès lors, en application de l'article précité, la rente entière sera remplacée par une demi-rente (invalidité 50%).

(...)

La réduction de la prestation sera effective dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la présente décision (art. 88bis al. 2, let. a du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI)). »

Le 25 février 2016, l'assuré a présenté des objections à l'encontre de ce préavis. Il a en premier lieu cité plusieurs passages de l'expertise du Dr G. _____ du 10 décembre 2014 faisant douter de sa capacité d'occuper de manière durable un poste de travail dans le marché primaire de l'emploi. En outre, la légère amélioration symptomatique avancée par l'expert était fortement nuancée par la grande fragilité de l'équilibre psychologique de l'assuré. De plus, les limitations fonctionnelles en lien avec les troubles anxieux et dépressifs mixtes ainsi qu'avec l'accident vasculaire cérébral de 2012 étaient significatives (troubles de la concentration, ralentissement psychomoteur sévère, isolement social). S'agissant de sa consommation d'alcool, l'assuré s'est étonné qu'un sevrage n'était pas exigible sans toutefois que sa répercussion éventuelle sur sa capacité de travail ou sa faculté d'être réadapté n'ait été discutée. Il contestait par ailleurs souffrir d'un alcoolisme primaire, estimant au contraire que sa consommation d'alcool était imputable à ses difficultés psychiques, si bien qu'il devait être qualifié de secondaire. En définitive, l'assuré considérait que l'administration n'avait pas démontré que son état de santé s'était amélioré, dès lors que l'équilibre psychique retrouvé était dépendant d'un contexte où il était tenu à l'écart de frustrations le mettant en péril. Il demandait encore que son cas soit examiné à la lumière de la nouvelle jurisprudence rendue en matière de troubles somatoformes.

Le 29 mars 2016, l'assuré a fait parvenir à l'office AI un rapport du Dr B. _____ du 22 mars précédent dans lequel celui-ci

soulignait, citations de l'expertise du Dr G._____ à l'appui, que ce dernier émettait un pronostic médiocre concernant sa réintégration professionnelle, précisant qu'il partageait ce point de vue. Selon le Dr B._____, en retenant une capacité de travail partielle, l'office AI avait méconnu les multiples éléments négatifs mis en évidence par l'expert ainsi que le peu de ressources de l'assuré pour se focaliser sur l'amélioration de l'état de santé qui n'était que légèrement visible au regard des résultats des tests pratiqués. Quant à l'éthylisme, le Dr B._____ considérait qu'il était secondaire dès lors qu'il avait débuté bien après l'apparition des problèmes psychiques de son patient. Aucun problème d'alcool n'était en effet mentionné dans les rapports de sortie établis après les hospitalisations de l'assuré à l'Hôpital M._____ ou en milieu psychiatrique. De plus, les analyses de laboratoire antérieures à 2012 ne montraient pas de perturbations évocatrices d'une consommation problématique. Le Dr B._____ estimait en conséquence que le fait de soumettre à nouveau l'assuré à des contraintes professionnelles et sociales auxquelles ses ressources ne lui permettaient pas de faire face reviendrait à l'exposer à une rapide décompensation.

Par décision du 19 mai 2016, l'office AI a entériné la réduction à 50% de la rente servie à l'assuré avec effet au 1^{er} juillet 2016.

C. Par acte du 20 juin 2016, D._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision dont il a demandé sous suite de frais et dépens l'annulation en ce sens que le versement d'une rente entière d'invalidité soit poursuivi. Il soutient pour l'essentiel que la décision litigieuse se fonde sur des éléments médicaux insoutenables et que les conditions d'une révision ne sont ainsi pas réunies. Qui plus est, il qualifie de lacunaire l'instruction menée par l'office AI. Contrairement à ce que retient ce dernier, le recourant prétend qu'il n'est pas en mesure de faire face durablement à des contraintes professionnelles. Le dossier constitué ne contient en effet aucun élément permettant de conclure que son état de santé se serait amélioré au point que la capacité de travail théorique qui lui a été reconnue soit exploitable dans les conditions du marché du travail

ordinaire et pour autant que celui-ci comporte des postes adaptés en suffisance. De plus, en décrivant les troubles affectant l'assuré et les limitations qu'ils entraînent, l'expert G._____ formule des réserves majeures quant à son aptitude à occuper un poste de travail à long terme. C'est donc de manière arbitraire que l'office AI a apprécié sa capacité de travail. Par ailleurs, le recourant réaffirme que c'est à tort que son alcoolisme a été qualifié de primaire. C'est bien plutôt à la suite de difficultés d'ordre psychique que sa consommation d'alcool a débuté, de sorte qu'il doit être qualifié de secondaire, ce que confirme le Dr B._____ dans un rapport du 16 juin 2016 annexé au recours. Celui-ci y déclare une nouvelle fois qu'à sa connaissance aucun médecin n'a posé de diagnostic en relation avec l'abus de substances avant 2012 ni prétendu que les troubles psychiques rencontrés par son patient seraient la conséquence d'une consommation excessive et prolongée d'alcool avant cette date. Le recourant estime enfin que c'est à tort que l'office AI n'a pas évalué sa capacité de travail sous l'angle des indicateurs dégagés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes, tels que les ressources personnelles, le contexte social et la personnalité.

Par décision du 29 juillet 2016, le magistrat instructeur a accordé à l'assuré le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 20 juin précédent, l'exonérant du paiement d'avances.

Dans sa réponse du 6 septembre 2016, l'intimé relève qu'au terme de son examen et sur la base des documents en sa possession, l'expert G._____ conclut à un trouble anxieux et dépressif mixte en rémission partielle. Les limitations fonctionnelles significatives présentes sont discrètes. Elles sont probablement plus importantes lors des abus éthyliques. Par ailleurs, l'expert évoque une possible exigibilité entière moyennant un sevrage éthylique et un suivi psychiatrique. Partant, c'est à juste titre que la décision querellée se fonde sur une capacité de travail de 50% mais sans retenir une exigibilité entière au vu des réserves de l'expert quant à l'évolution avec traitement et sevrage. Enfin, l'intimé relève qu'il n'était pas tenu d'examiner les conséquences des atteintes à la santé sur la capacité de travail de l'assuré à la lumière des nouveaux

critères dégagés par le Tribunal fédéral dans l'arrêt publié aux ATF 141 V 281 en l'absence de diagnostic de troubles somatoformes ou assimilés. Il renvoie par surabondance à l'expertise du Dr G._____ dont il ressort que l'intéressé dispose de ressources personnelles non négligeables. En l'état du dossier, l'intimé propose le rejet du recours.

En réplique du 29 septembre 2016, le recourant fait observer que l'intimé ne s'est pas exprimé sur les contradictions contenues dans l'expertise du Dr G._____ au sujet de sa capacité de travail ni n'a discuté les éléments avancés à l'appui d'un alcoolisme secondaire. Il ne s'est pas non plus penché sur les rapports du Dr B._____, en particulier ceux des 22 mars et 16 juin 2016. En conséquence, le recourant déclare maintenir ses conclusions, sollicitant d'ores et déjà la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique si la Cour de céans devait considérer que les faits de la cause ne permettent pas d'admettre que la diminution de la rente est injustifiée.

Dupliquant en date du 21 octobre 2016, l'intimé a derechef proposé le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise.

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, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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.

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 est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Est litigieuse, en l'occurrence, la réduction, par voie de révision, du droit du recourant à une rente entière d'invalidité, au profit d'une demi-rente d'invalidité, ce qui revient à déterminer si son état de santé s'est amélioré.

3. **a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: (a.) 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; (b.) il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et (c.) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

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

b) Conformément à 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite (cf. art. 17 al. 2 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations, dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ou lorsqu'un tel changement a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 126 V 75 consid. 1b ; 113 V 275 consid. 1a; VSI 2000, p. 314 ; 1996, p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1).

Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

4. D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c ; TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 ; 9C_706/2012 du 1^{er} juillet 2013 consid. 3.2 et 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2).

La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF

9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 ; sur l'ensemble de la question, cf. TFA I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3 et la référence citée ; Thonney/Gammeter, *Alcool: problèmes psychiatriques courants*. « La boîte à outils du praticien », *Revue médicale de la Suisse romande*, 2004; 124: p. 415 ss; Roland Gammeter, *Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool*, *Forum Med Suisse*, 2002; 23: p. 562 ss; Shivani/Goldsmith/Anthenelli, *Alcoholism and psychiatric disorder: diagnostic challenges*, *Alcohol Research & Health*, 2002; 26(2): p. 90 ss; Christine Davidson, *Identification et traitement des comorbidités psychiatriques associées à l'alcoolodépendance*, *Praxis* 1999; 88: p. 1720).

L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de

caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). 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 (cf. TFA I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2.3).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ;TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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 et 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, 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; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1 ; 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). 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 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les

références ; TF 9C_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1 ; 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1 ; 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

6. a) En l'espèce, dans son rapport d'expertise du 10 décembre 2014, le Dr G. _____ retient une rémission partielle du trouble anxieux et dépressif mixte et qualifie en outre les limitations fonctionnelles de discrètes (fatigue et ralentissement psychomoteur léger, isolement social très partiel, troubles de la concentration intenses subjectivement mais discrets objectivement). Ainsi, malgré des traits de personnalité émotionnellement labile et dépendante compliquant le tableau clinique associés à un important déconditionnement, l'expert estime que la capacité de travail médico-théorique de l'assuré est de 50% dans un emploi adapté au status somatique. L'expert évoque même une possible exigibilité entière moyennant un sevrage éthylique et un suivi psychiatrique hebdomadaire centré sur le déconditionnement et sur les traits de la personnalité pathologique. Fort des constatations de l'expert, l'office intimé conclut à une amélioration de l'état de santé de l'intéressé et fixe la capacité de travail exigible à 50%, excluant toutefois une exigibilité entière au vu des réserves de l'expert.

De son côté, le recourant considère qu'il n'est pas admissible de tirer argument d'une amélioration de ses conditions de vie, lesquelles impliquent l'absence de stress et de facteurs déstabilisants, pour en déduire une aptitude à reprendre l'exercice d'une activité professionnelle. Se référant à l'avis du Dr B. _____ du 22 mars 2016, il fait remarquer que son état de santé se caractérise par une fragilité psychique extrême ainsi qu'une dépendance à un contexte le mettant à l'abri de situations susceptibles de conduire à une décompensation, ce qui exclut, dans ces conditions, que son état puisse être considéré comme stabilisé. S'agissant de sa consommation d'alcool, il conteste expressément l'affirmation du Dr G. _____ selon laquelle son éthyliste serait primaire, lui reprochant à cet égard de fonder son appréciation sur une anamnèse lacunaire.

b) Dans son rapport du 10 décembre 2014, l'expert G. _____ a qualifié la dépendance à l'alcool de primaire sur la base de l'anamnèse (p. 30) en évoquant des « consommations éthyliques excessives » depuis le début de l'âge adulte et s'étant aggravées au cours des deux dernière dizaines d'années. On ne dispose cependant d'aucune information en termes de quantités et de périodicités, et surtout, ni le Dr B. _____ qui suit l'assuré depuis 1995, ni les rapports médicaux à l'origine de la décision du 23 novembre 2005 ne font état de l'existence d'une telle dépendance, à l'exception du rapport relatif à l'hospitalisation de mai 2004. Ce rapport ne permet cependant pas à lui seul de retenir une dépendance, dans la mesure où seul un état anxio-dépressif avec un « possible sevrage alcoolique » est évoqué pour demander l'hospitalisation. Aucun document médical ne confirme ultérieurement l'hypothèse d'un sevrage alcoolique. Au surplus, les documents médicaux antérieurs à 2004 ne parlent pas de dépendance à l'alcool. Quoi qu'il en soit, même si une dépendance alcoolique était retenue, les éléments feraient défaut pour la qualifier de primaire ou de secondaire. Il n'existe pas non plus au dossier d'analyses médicales, antérieures à l'expertise, confirmant la dépendance (taux de gamma-GT par exemple). Il n'est pas admissible, en présence d'antécédents psychiatriques remontant à 1998, avec plusieurs hospitalisations consécutives, de qualifier de primaire une dépendance uniquement sur la base de l'anamnèse, sans rechercher auprès des différents médecins ou services précédemment intervenus la confirmation de cette qualification. L'expert n'a de surcroît pas procédé à une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance et tenant compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. L'expert n'a pas non plus décrit l'impact de chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail, ni n'a précisé à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance.

Au regard de l'ensemble de ces éléments disqualifiants, il apparaît que l'expertise réalisée par le Dr G. _____ ne contient pas une analyse exhaustive de la situation médicale de l'assuré. Partant, son

rapport ne saurait revêtir une valeur probante suffisante (cf. considérant 5a ci-dessus).

7. a) Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en oeuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi (TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220). Des exceptions ont déjà été admises lorsque la personne concernée avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente - de sorte qu'il n'existait pas une longue période d'éloignement professionnel - ou lorsqu'elle disposait d'une agilité et d'une flexibilité particulières et était bien intégrée dans l'environnement social (TF 9C_183/2015 du 19 août 2015 consid. 5, in SVR 2015 IV n° 41 p. 139).

b) Outre le caractère lacunaire de l'expertise du Dr G._____, l'instruction à laquelle a procédé l'office intimé apparaît également incomplète. En effet, dans l'hypothèse d'une dépendance à l'alcool

primaire, le sevrage pourrait être exigé sans autre de l'assuré à titre de réadaptation par soi-même. Cependant, si la consommation d'alcool influe sur les symptômes dépressifs et anxieux résiduels de même que sur les limitations fonctionnelles significatives (cf. rapport d'expertise du Dr G._____ du 10 décembre 2014, pp. 42 et 43), les traits de personnalité existent nonobstant la dépendance supposée primaire. Or, l'expert subordonne également un retour à une capacité de travail médico-théorique de 50% à un traitement psychiatrique portant sur ces traits de personnalité. Ce diagnostic est certes sans répercussion sur la capacité de travail mais cette atteinte pourrait se révéler incapacitante, et vraisemblablement totalement, en cas de décompensation. De plus, une telle décompensation pourrait intervenir à la faveur d'une mesure de réadaptation professionnelle, que l'office AI est en principe obligé de mettre en place avant de diminuer ou supprimer la rente, l'assuré ayant plus de 55 ans au moment de la décision litigieuse. Dans un tel contexte, il est impératif que l'expertise soit complétée non seulement quant à l'appréciation du caractère primaire ou secondaire de la dépendance mais encore précisée quant aux mesures raisonnablement exigibles au sens de l'art. 7a LAI, notamment que l'expert se prononce, quelle que soit la qualification de la dépendance, sur les mesures adaptées à l'état de santé de l'assuré.

c) L'instruction somatique est par ailleurs incomplète. L'office AI s'est abstenu sans explication d'investiguer l'état de santé neurologique alors que l'expert le suggérait (cf. p. 43 du rapport d'expertise). Celui-ci évoque également une limitation du port de charges à un poids n'excédant pas 2 à 3 kilos pour le membre supérieur touché par l'accident vasculaire cérébral. En outre, un IRM du genou réalisé en 2009 a révélé diverses atteintes (cf. p. 11 du rapport d'expertise du Dr G._____) dont il convient de vérifier si elles entraînent des limitations fonctionnelles.

d) En résumé, au vu du caractère lacunaire de l'instruction, il appert que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, si bien qu'il n'est pas possible à la Cour de céans de statuer en l'état du dossier.

8. a) 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 (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Kieser, ATSG-Kommentar, 3^e éd. n. 17-18 et 27 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, 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 (cf. ATF 137 V 210 et 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'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; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, au vu des lacunes dans l'instruction du cas, il s'avère que ni l'état de santé du recourant dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ont pu être établis de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - auquel il appartient au premier chef d'instruire conformément à l'art. 43 al. 1 LPGA - cette solution apparaissant comme la plus opportune. Ainsi, après avoir, conformément aux considérants qui précèdent, complété l'expertise psychiatrique et investigué l'état de santé somatique, puis, si elles sont exigibles, mis en œuvre d'éventuelles mesures de réintégration sur le marché du travail, l'intimé pourra définitivement statuer sur la révision de la rente d'invalidité et, le cas échéant, diminuer, respectivement supprimer le droit à la rente.

9. Le recourant sollicite encore la tenue d'une audience.

a) Selon la jurisprudence relative à l'art. 30 al. 3 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), qui garantit que, lorsqu'il y a lieu de tenir une audience, celle-ci se déroule publiquement, sauf exceptions prévues par la loi (cf. ATF 128 I 288 consid. 2; TF 2C_276/2011 du 10 octobre 2011 consid. 2.1), l'obligation d'organiser des débats publics suppose une demande formulée de manière claire et indiscutable. Une requête de preuve (demande tendant à la comparution personnelle ou à l'audition de témoins) ne suffit pas à fonder une telle obligation (TF 9C_402/2010 du 21 février 2011 consid. 2.1).

b) En l'espèce, le recourant n'a pas formulé une demande tendant à la mise en œuvre de débats publics. Dans son mémoire du 20 juin 2016, le recourant a demandé au Tribunal « de bien vouloir convoquer les parties à une audience de comparution personnelle », sollicitant également l'audition du Dr B._____ en tant que témoin (réplique du 29 septembre 2016), ce qui correspond à une requête de preuve (demande tendant à la comparution personnelle et à l'audition de témoins). Une telle

demande ne suffit pas à fonder une obligation de la juridiction cantonale d'organiser des débats publics au sens des art. 30 al. 3 Cst. et 6 par. 1 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101). On rappellera, par ailleurs, que les garanties minimales de l'art. 29 al. 2 Cst. en matière de droit d'être entendu ne confèrent pas le droit d'être entendu oralement par l'autorité (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 et les références).

c) Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite aux requêtes formulées par le recourant.

10. En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'office AI le 19 mai 2016, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

11. Ayant procédé par l'intermédiaire d'un conseiller juridique, dont l'assistance permet l'octroi de dépens en application par analogie de l'art. 23 TFJC (tarif cantonal vaudois des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; RSV 270.11.5), le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 1'000 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

L'office AI, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI, 49 al. 1 LPA-VD et 4 al. 2 TFJDA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 19 mai 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le 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 à D. _____ une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Liaudet & Associés, à l'attention de M. Cédric Liaudet (pour D. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :