

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 mai 2014

---

Présidence de M. NEU  
Juges : Mme Röthenbacher et M. Merz  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI**

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

**A.** Ressortissant français entré en Suisse en 1987, P.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1955, titulaire d'une autorisation d'établissement (permis C), est divorcé et père de six enfants, nés de deux mariages successifs. Sans formation professionnelle, il a travaillé à titre indépendant comme brocanteur puis exploitant forestier de 1989 à 1998. Entre 2000 et 2003, il a effectué quelques mandats en tant que manœuvre sur des chantiers pour une agence de placement. Depuis juillet 1999, il bénéficie des prestations de l'aide sociale.

Le 7 octobre 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), tendant à l'octroi d'une rente. Il a fait état d'une cirrhose hépatique sur hépatite C avec éthylysme ainsi que d'une coxarthrose bilatérale, atteintes existant depuis février 2006, période à laquelle l'assuré a fait remonter le début d'une incapacité de travail totale. Il a indiqué être suivi depuis septembre 2006 par le Service de gastroentérologie de la Policlinique C.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital X.\_\_\_\_\_.

Procédant à l'instruction du dossier, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'office AI) a recueilli divers renseignements médicaux, dont un rapport de la Policlinique C.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital X.\_\_\_\_\_, indexé le 26 novembre 2009. Outre divers diagnostics sans effet sur la capacité de travail (« cirrhose hépatique Child A sur hépatite C génotype IV guérie; douleurs chroniques des membres inférieurs; status post hémorragie digestive basse sur fissure anale; syndrome dépressif ancien; troubles du sommeil; syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent; toxicodépendance, actuellement abstinent »), les Drs M.\_\_\_\_\_, chef de clinique et T.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont posé le diagnostic affectant la capacité de travail de coxarthrose bilatérale invalidante. Tout en n'excluant pas une réadaptation professionnelle, voire une amélioration de la capacité de travail, les médecins prénommés ont cependant signalé que tout travail

physique ou nécessitant des déplacements n'était pas envisageable, aussi longtemps que la coxarthrose ne ferait pas l'objet d'une intervention chirurgicale. Ils ont suggéré une réévaluation de la situation, si une telle opération devait avoir lieu.

Dans un avis médical du 8 février 2010, le Dr D.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), a écrit qu'il ne lui était pas possible de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, dès lors qu'il ne disposait pas du rapport décrivant les conséquences de la consultation orthopédique prévue pour la fin de l'année 2009. Il a donc fait demander ce document au médecin traitant de l'assuré.

En réponse à la requête de l'office AI, le Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital X.\_\_\_\_\_ lui a transmis, le 3 mars 2010, un rapport du 6 novembre 2009 à l'intention du Dr T.\_\_\_\_\_ et signé par les Drs K.\_\_\_\_\_, chef de clinique, et B.\_\_\_\_\_, médecin assistant. Il y était fait état d'une aggravation de la coxarthrose gauche depuis deux ans, l'assuré se sentant de plus en plus handicapé par cette symptomatologie. Néanmoins, après discussion des avantages et inconvénients d'un traitement conservateur et d'une intervention chirurgicale (prothèse totale de la hanche gauche), il n'a pas consenti à une opération, souhaitant épuiser toutes les mesures conservatrices possibles. Une réévaluation clinique, incluant une nouvelle discussion au sujet d'un traitement chirurgical éventuel, était prévue dans un délai de trois mois.

Afin d'être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail actuelle de l'assuré et sa capacité de travail théorique après la pose d'une prothèse totale de hanche, le Dr D.\_\_\_\_\_ a préconisé, dans un avis du 15 avril 2010, un examen orthopédique au SMR.

Le 10 mai 2010, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a effectué un examen clinique orthopédique de l'assuré au SMR. Dans son rapport du 17 juin 2010, il a posé les diagnostics suivants avec répercussion durable sur la capacité de

travail: coxarthrose primaire à gauche (M 16.0) et lombalgies chroniques, avec scoliose dégénérative et discopathies pluriétagées. Sans incidence sur la capacité de travail, il a retenu une cirrhose hépatique secondaire à une hépatite C, une hypertension artérielle en traitement, un tabagisme chronique, un syndrome de dépendance à l'alcool (abstinent au jour de l'examen) ainsi qu'une toxicodépendance à l'héroïne (également abstinent au jour de l'examen). Sous l'intitulé « Appréciation du cas », le Dr Z. \_\_\_\_\_ a conclu son rapport en ces termes:

« Assuré âgé de 54 ans, sans formation professionnelle particulière, ayant travaillé comme brocanteur et antiquaire indépendant jusqu'en 1999. Il a eu une consommation excessive d'alcool depuis 1975 jusqu'en 2006 et consommait des drogues dures de 1984 jusqu'à sa cure de désintoxication au Centre A. \_\_\_\_\_ en 1987. En 2006, il consulte la Polyclinique C. \_\_\_\_\_ pour fatigue et douleurs à la hanche gauche. Une cirrhose hépatique sur hépatite C a été mise en évidence. Il a bénéficié d'un traitement antiviral. En 2006, découverte d'une coxarthrose à gauche. Les douleurs ont augmenté progressivement d'intensité. Il a eu un traitement conservateur qui s'avère peu efficace. Une arthroplastie totale de hanche n'a pas été effectuée, car l'assuré ne [se] sentait pas prêt pour l'instant. Il marche depuis 6 mois avec une canne lorsqu'il sort de chez lui. Son périmètre de marche est actuellement limité à 200 mètres.

***Limitations fonctionnelles***

Peut effectuer un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il puisse alterner la position assise avec la position debout. Doit éviter le port de charges. Doit éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux.

***Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?***

L'assuré bénéficie de l'aide sociale depuis juillet 2009 [recte : 1999, réd.]. Le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin-assistant de la Polyclinique C. \_\_\_\_\_ prescrit un arrêt de travail à 100% à partir du 01.06.2006.

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

L'assuré n'a pas eu d'activité professionnelle lucrative depuis 2003. En raison de sa coxarthrose et de ses lombalgies, le métier d'antiquaire-brocanteur ne peut plus être exercé depuis 2006; par contre, il a toujours été apte à travailler dans un travail léger, sans port de charges. En cas de succès d'une arthroplastie totale, l'assuré pourrait reprendre son activité de brocanteur en évitant de soulever des charges lourdes.

**CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE:**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 0%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 100% DEPUIS LE: JUILLET 2006 »

Prenant connaissance des conclusions de l'examen clinique orthopédique, le Dr D. \_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 18 juin 2010, chargé un spécialiste en réinsertion professionnelle de traduire en termes de métier la capacité de travail entière qui a été reconnue à l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans un rapport d'évaluation du 23 septembre 2010 faisant suite à un entretien du même jour avec l'assuré, le spécialiste en réadaptation a analysé le cas de ce dernier au regard de sa situation personnelle et professionnelle. Evaluant ses capacités en termes de fonctions physiques, le collaborateur de l'office AI a considéré que l'aspect négligé présenté par l'assuré ne lui permettrait jamais d'être réinséré. Il convenait en outre d'attendre le résultat des interventions chirurgicales prévues (traitement de varices, ainsi que des opérations du dos et de la hanche) pour envisager une réadaptation professionnelle. En revanche, les ressources cognitives et émotionnelles ainsi que le comportement de l'assuré n'offraient pas de carences particulières.

Le 19 avril 2011, l'office AI a fait savoir à l'assuré que les conditions du droit au placement étaient réunies, ce qui signifiait qu'il le considérait comme réadaptable et qu'à cet effet, une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi lui seraient accordés. L'office AI a en outre expliqué que l'octroi de cette prestation excluait le droit à une rente, ce qui a fait l'objet d'un projet de décision, également daté du 19 avril 2011, dans lequel il était constaté ce qui suit:

« Sur la base des éléments contenus au dossier, vous avez exercé la profession d'antiquaire brocanteur professionnel, puis depuis juillet 1999, vous êtes à l'aide sociale. Entre 2000 et 2003, vous avez fait quelques mandats pour une agence de placements en tant que manœuvre sur les chantiers.

En complément aux renseignements médicaux en notre possession, un examen clinique orthopédique est réalisé en date du 10 mai 2010 auprès du Service médical régional AI. Il ressort des observations médicales que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'antiquaire-brocanteur n'est plus exigible. Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telles que: éviter le port de charges, les travaux penchés en avant ou en porte-

à-faux, alterner la position assise avec la position debout, vous conservez une capacité de travail de 100% depuis juin [recte : juillet] 2006.

Tel est le cas dans des activités légères, par exemple opérateur de production léger, téléphoniste dans un call center, surveillant de parking.

[Suit le considérant-type expliquant sur la base de la jurisprudence fédérale à quelles conditions il peut être fait appel aux données statistiques pour déterminer le revenu d'invalidé.]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4'732.00 par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA 1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4'732.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.

[Suit le considérant-type relatif à la faculté de réduire le revenu d'invalidé en fonction d'empêchements propres à la personne de l'assuré.]

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 53'277.59.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu d'invalidé ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 59'197.32, selon la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique.

**Comparaison des revenus:**

sans invalidité	CHF	59'197.30		
avec invalidité	CHF	<u>53'277.60</u>		
La perte de gain s'élève à	CHF	5'919.75	=	un degré
d'invalidité de 10%				

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. »

Dans le délai prolongé qui lui a été accordé par l'office AI, l'assuré lui a adressé, sans autres explications, une attestation médicale du 19 juillet 2011 établie à sa demande par les Drs R.\_\_\_\_\_, chef de clinique, et N.\_\_\_\_\_, médecin assistante, auprès de la Policlinique C.\_\_\_\_\_. La teneur de ce document était la suivante:

« Les médecins soussignés certifient que le patient susnommé, M. P.\_\_\_\_\_, né le [...], est suivi à la Consultation générale de la Policlinique C.\_\_\_\_\_ de Lausanne depuis 2006.

M. P.\_\_\_\_\_ est suivi pour de multiples comorbidités, à savoir:

1. **Coxarthrose bilatérale, plus avancée à gauche:** présente depuis plusieurs années mais en aggravation actuellement. Le patient a beaucoup de peine à se déplacer en raison des douleurs et utilise une canne pour se déplacer. Lors d'un avis orthopédique en février 2011, pas de proposition pour une intervention chirurgicale en raison de l'état général limite du patient. Un 2<sup>ème</sup> avis orthopédique est à prévoir afin de réévaluer la possibilité d'une pose de prothèse totale des hanches.
2. **Cirrhose d'origine mixte virale (traitée avec succès) et ancien alcoolisme:** la fonction hépatique reste stable, actuellement Child-Pugh à 5 points. Un suivi aux six mois doit être effectué.
3. **Syndrome de dépendance aux opiacés:** dans le contexte de coxalgies très importantes.

M. P.\_\_\_\_\_ présente également une fatigue chronique avec asthénie en raison d'une insomnie ne lui permettant pas, malgré l'introduction de somnifères, de dormir plus de trois heures par nuit.

Tant que le patient n'aura pas d'intervention chirurgicale pour cette coxarthrose invalidante, tout travail physique ou toute réadaptation professionnelle n'est pas envisageable en raison de son invalidité dans les déplacements. »

Se déterminant à propos de cette attestation dans un avis médical du 4 août 2011, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a écrit ce qui suit:

- « 1. La coxarthrose bilatérale plus avancée à gauche a été prise en compte dans le rapport d'examen SMR de mai 2010.
2. La cirrhose du foie est stabilisée depuis l'arrêt de la consommation d'alcool. 5 points dans la classification Child-Pugh est le score minimum: la cirrhose est donc compensée, elle n'a pas de répercussion sur l'exigibilité dans une activité adaptée.
3. Le syndrome de dépendance aux opiacés est défini comme l'apparition de signes de sevrage en cas d'arrêt brutal de l'absorption d'opiacés après une consommation chronique et régulière. Ces signes de sevrage disparaîtraient en 5 à 7 jours au maximum comme dans tous les sevrages d'opiacés. Toutes les prescriptions prolongées de morphine à titre médical sont donc susceptibles d'entraîner un syndrome de dépendance. La dose actuelle de morphine retard est de 100 mg chaque 12

heures et à l'état d'équilibre. La morphine contrôlant actuellement la douleur, il ne s'agit pas d'une toxicomanie, mais bien d'un traitement médical.

Chez cet assuré, les toxicomanies anciennes et l'alcoolisme actif jusqu'en 2006 sont primaires au sens de la LAI (sous contrôle de la volonté).

Il n'y a donc pas de raison que le SMR modifie sa position. »

Le 11 août 2011, l'office AI a rendu une décision formelle, déniait le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Sa motivation était identique en tous points à celle du préavis du 19 avril précédent. Une lettre datée du même jour explicitait les motifs pour lesquels il n'y avait pas lieu de revenir sur les conclusions de l'examen clinique orthopédique effectué par le Dr Z.\_\_\_\_\_, telles qu'énoncées dans son rapport du 17 juin 2010.

**B.** Par acte du 14 septembre 2011, P.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre cette décision, en concluant implicitement à son annulation et à ce que lui soit reconnu le droit à une rente entière d'invalidité. Se prévalant des affections énumérées dans l'attestation du 19 juillet 2011, il déclare ne plus être en mesure d'exercer quelque activité que ce soit. Par ailleurs, aux troubles figurant dans le document précité s'ajouteraient des problèmes oculaires pour lesquels des investigations sont d'ores et déjà prévues. Enfin le recourant sollicite l'octroi de l'assistance judiciaire et la désignation d'un avocat d'office.

Par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2011, le magistrat instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire totale avec effet au 15 septembre 2011. Dans cette mesure, il a été exonéré du paiement d'avances et un conseil d'office a été désigné en la personne de Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne.

En date du 14 décembre 2011, le recourant a déposé un mémoire complémentaire rédigé sous la plume de son conseil. Il estime que l'évaluation de sa situation médicale résulte d'une appréciation arbitraire des éléments figurant au dossier. Sur le plan somatique, il

s'étonne que l'administration se soit contentée d'un unique examen orthopédique, malgré la complexité du tableau médical, lequel inclut de nombreuses pathologies mises en exergue par ses médecins traitants. Le recourant s'en prend ensuite à l'appréciation du Dr Z.\_\_\_\_\_, lequel imputerait à sa seule volonté le fait que l'arthroplastie totale de la hanche n'ait pas encore été effectuée. Or, dans un rapport daté du 15 juin 2011 produit par le recourant, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a relevé que dite intervention n'était pas possible pour le moment en raison de son mauvais état général et que des examens complémentaires étaient au préalable nécessaires. Le recourant en infère que seule une expertise, ou à tout le moins un complément d'instruction, permettrait d'établir à partir de quand il serait susceptible de reprendre un travail. A cet égard, il souligne qu'une arthroplastie totale de la hanche est en général suivie d'une longue période de convalescence justifiant une incapacité de travail, au moins partielle. En ce qui concerne le volet psychique, le recourant reproche à l'administration de ne pas avoir investigué cet aspect. En effet, les pièces médicales au dossier révèlent une fatigue chronique, accompagnée d'une asthénie, ainsi qu'un alcoolisme, sans que les causes de ces troubles n'aient été véritablement recherchées. A cela s'ajoutent l'abandon social dont fait état le spécialiste en réadaptation professionnelle dans son rapport du 23 septembre 2010 et les hospitalisations dont le recourant a fait l'objet à l'Hôpital H.\_\_\_\_\_ en 1999, ces dernières étant documentées par la production de deux rapports datés des 29 octobre 1999 et 21 décembre 1999 émanant du Département universitaire de psychiatrie adulte. Le recourant requiert dès lors la « mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre (orthopédique et psychiatrique, avec un volet interniste, le médecin chargé de ce volet étant autorisé à prendre l'avis de spécialistes au besoin, notamment d'un hématologue et d'un angiologue). » Il conclut avec dépens à la réforme de la décision rendue par l'office AI le 11 août 2011, en ce sens qu'il a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter de la date que justice dira; à titre subsidiaire, il demande son annulation et le renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

Dans sa réponse du 24 janvier 2012, l'intimé expose en quoi les arguments développés par l'assuré ne sont pas de nature à remettre en cause sa position. Distinguant les atteintes à la santé somatiques et psychiatriques, il estime que l'avis du Dr T. \_\_\_\_\_ du 26 novembre 2009 n'est pas susceptible de remettre en cause les conclusions de l'examen clinique orthopédique effectué au SMR par le Dr Z. \_\_\_\_\_ dont le rapport, satisfaisant aux critères jurisprudentiels, peut se voir conférer une pleine valeur probante. En ce qui concerne le volet psychiatrique, l'office AI observe en premier lieu que le Dr Z. \_\_\_\_\_ fait état d'une importante consommation d'alcool entre 1975 et 2006, date à laquelle le recourant a cessé de s'alcooliser. Outre que les rapports médicaux versés au dossier confirment cette abstinence, la cirrhose du foie est stabilisée depuis l'arrêt de la consommation d'alcool. S'agissant ensuite de l'état de fatigue de l'assuré, l'intimé relève que le rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ mentionne une consultation à la Policlinique C. \_\_\_\_\_ en 2006 en raison d'une fatigue associée à des douleurs à la hanche. Toutefois, au jour de l'examen clinique au SMR, l'assuré ne se plaint plus d'un état de fatigue, même si les douleurs à la hanche subsistent. L'origine de cette fatigue pourrait dès lors s'expliquer par le traitement antiviral subi par l'assuré en raison de la cirrhose hépatique et de l'hépatite C dont il a souffert. Quant à l'attestation médicale du 19 juillet 2011, elle ne permet pas de déterminer à quels facteurs devrait être attribuée la fatigue chronique associée à une asthénie qu'elle mentionne. Enfin, l'abandon social dont se prévaut le recourant n'est pas clairement attesté dans les rapports médicaux, pas plus qu'il ne saurait être déduit du rapport du spécialiste en réadaptation professionnelle, lequel énumère au contraire différents éléments démontrant la possibilité d'une réinsertion professionnelle. L'office intimé estime ainsi que le dossier est suffisamment instruit, de sorte qu'une expertise judiciaire lui paraît superfétatoire. Il propose par conséquent le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Etait joint à cette écriture un avis médical du SMR du 3 janvier 2012, dans lequel le Dr F. \_\_\_\_\_ a constaté que la cirrhose du foie, l'hépatite C et le syndrome dépressif sont connus de longue date. Du point de vue orthopédique, le rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ n'a pas fourni de fait nouveau ou signalé une

aggravation de l'état de santé, si bien que le SMR a maintenu sa position, telle que ressortant de son avis du 18 juin 2010.

S'en est suivi un échange de correspondance au cours duquel les parties ont confirmé leurs conclusions respectives (lettres du recourant des 11 mars et 17 avril 2012 et pli de l'intimé du 26 mars 2012), sans toutefois apporter d'éléments nouveaux, à l'exception de l'intervention à la hanche subie le 27 mars 2012 par le recourant, lequel a d'ores et déjà annoncé la production du protocole opératoire.

**C.** D'entente avec les parties, le magistrat instructeur a chargé, en date du 22 mai 2012, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de procéder à l'expertise psychiatrique du recourant, l'expert ayant, en tant que de besoin, la possibilité de s'adjoindre le concours d'un confrère somaticien.

Déposé le 30 juillet 2012, le rapport de l'expert comprend, après une introduction incluant un rappel des faits et un résumé des principales pièces au dossier (pp. 1-5), une anamnèse circonstanciée ainsi que les antécédents médicaux du recourant (pp. 6-9). Il décrit ensuite sa situation actuelle (p. 10), prend en compte ses plaintes (pp. 10-11), s'attache à rendre compte des résultats de l'observation clinique ainsi que des tests psychologiques et des examens de laboratoire effectués puis, sur la base de ce qui précède, de poser les diagnostics de syndrome de dépendance aux opiacés (F 11.25) et de trouble mixte de la personnalité (F 61.0) (pp. 11-13). Suit la partie du rapport intitulée « Appréciation finale » comprenant un résumé du cas, une appréciation diagnostique et asséurologique avant de s'achever par les conclusions de l'expert (pp. 14-21). Le rapport se clôt par les réponses aux questions posées par les parties (pp. 22-25).

Dans le cadre de l'appréciation finale, l'expert a retenu ce qui suit:

**« Résumé du cas**

L'assuré est un homme de 57 ans, deux fois divorcé qui dit maintenant vivre seul et ne pas avoir d'amie de cœur. Si le réseau social est restreint, l'intéressé ne se vit pas comme totalement isolé.

Les antécédents ne vont pas dans le sens d'une véritable maltraitance. L'assuré a été néanmoins "balloté" d'une famille à l'autre depuis le divorce des parents. Il s'est senti délaissé par sa mère.

La scolarité semble avoir été laborieuse. Il n'y aurait pas eu de véritables troubles de comportement à l'école.

Par la suite, l'intéressé n'a pas mené de formation professionnelle à terme. Il semble avoir touché à plusieurs activités et changé fréquemment de travail, tout en restant autonome sur le plan économique pendant des années, d'après les informations à disposition. Il est resté stable pour près de dix ans dans son activité de brocanteur en Suisse.

La vie affective de M. P. \_\_\_\_\_ est jalonnée par deux mariages, deux divorces et plusieurs enfants de deux lits différents. L'expertisé en formule un bilan négatif, même s'il peut garder des contacts réguliers avec sa dernière épouse et les enfants qu'ils ont eus en commun.

Sur le plan psychiatrique, M. P. \_\_\_\_\_ a été symptomatique au moment de son arrivée en Suisse avec un passage dans une toxicomanie aux drogues dures, apparemment limitée à cette seule période. Il y a eu l'abus d'alcool depuis des années et apparemment jusqu'en 2006. Il y a eu des troubles mentaux et du comportement graves lors de sa séparation à la fin des années 1990 et trois hospitalisations en milieu psychiatrique dans ce contexte.

Depuis cette époque, l'intéressé dit qu'il ne consomme plus de stupéfiants autres que ce qui lui est prescrit. Il dit avoir arrêté de boire en 2006. Ce qu'on a comme informations et qui a été observé lors de deux consultations confirme les dires de l'intéressé à ce sujet.

Actuellement, l'assuré se dit totalement asymptomatique sur le plan psychiatrique. La problématique est quant à lui purement somatique.

Le psychiatre retient néanmoins la prescription d'énormes doses de morphine dont l'effet peut expliquer une partie de la présentation clinique actuelle qui est tout de même faite d'une certaine passivité et de régression.

### **Appréciation diagnostique**

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un syndrome de dépendance aux opiacés et un trouble mixte de la personnalité.

- *Syndrome de dépendance aux opiacés*

Les classifications psychiatriques actuelles veulent appréhender la réalité psychopathologique avec précision et avec objectivité. Pour

ce motif, elles ont mis en place des critères diagnostiques a-théoriques qui ne font pas allégeance à une école de pensée particulière. Elles ont grandement facilité le travail clinique, scientifique et statistique ainsi que la communication entre praticiens, malgré une composante réductrice qui peut occulter les singularités et la richesse de l'individu à qui s'applique un diagnostic donné.

Dans le cas des toxicomanies, le système de classification montre pourtant ses limites puisqu'il est fortement tributaire des informations données par le patient et des conclusions qu'en tire l'examineur. Le praticien expérimenté sait bien que les doses, la fréquence et la nature des substances consommées ne sont pas toujours rapportées fidèlement par les sujets en cause et que cette distorsion de l'information peut devenir la règle dans certains cas particuliers. Il n'est dès lors pas toujours possible de poser des diagnostics de certitude.

Quoi qu'il en soit, le principe classificatoire de base des toxicomanies et des alcoolismes passe par la définition préalable de quatre situations cliniques que sont *la dépendance, l'abus, l'intoxication et le sevrage* considérés à chaque fois pour la plupart des substances addictives.

Par *dépendance*, le DSM-IV-TR (...) entend un mode de consommation inadapté d'une substance qui conduit à une souffrance et à un dysfonctionnement significatifs. Il doit être accompagné d'au moins trois manifestations d'une liste de sept. De cette liste, nous retenons les items de *tolérance*, de *sevrage*, d'incapacité à diminuer ou à stopper la consommation et d'une grande quantité de temps et d'énergie consacrée à la quête du produit. La CIM-10 (...) a une définition tout à fait comparable.

Dans le cas présent, on a l'anamnèse d'une toxicomanie aux drogues dures au moment où l'assuré arrivait en Suisse et apparemment limitée à cette seule période. L'assuré dit qu'il ne prend plus ces produits depuis son premier séjour à la Fondation A. \_\_\_\_\_ à cette époque. Ce qu'on a comme informations et qui a été observé lors de deux consultations confirme les dires de l'intéressé à ce sujet.

L'intéressé admet une consommation de cannabis qu'il dit occasionnelle soit à moins d'une fois par mois. Il ne paraît pas justifié d'en faire une pathologie sachant qu'elle n'induit pas de souffrance ni troubles du comportement.

L'expertisé dit qu'il ne boit plus. Ce qu'on a comme informations, les résultats du laboratoire et qui a été observé lors de deux consultations confirme les dires de l'intéressé à ce sujet.

Dans le contexte d'une coxarthrose et de lombosciatalgies, l'intéressé se voit prescrire des doses énormes de morphine sachant qu'il est à 424 mg par jour. L'intéressé en rapporte quelques troubles attentionnels et des oublis. Il admet la sédation. On est toutefois surpris qu'il soit si peu symptomatique sur ce plan au vu de la quantité de produit ingéré. La tolérance ne fait dès lors pas de doute. La dépendance justifie que ces posologies anormalement

élevées soient réduites par paliers progressifs. L'assuré admet qu'il aurait de la peine à se passer du produit.

Au vu de ces éléments, le soussigné ne retient qu'un *syndrome de dépendance aux opiacés*.

- *Trouble mixte de la personnalité*

Dans les classifications psychiatriques modernes, un trouble de la personnalité se définit comme un mode de comportement durable qui apparaît au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui provoque une souffrance et/ou un dysfonctionnement significatifs. Il doit par conséquent être distingué des concepts de caractère, de tempérament, de traits, d'organisation et de structure de personnalité qui ne sont pas assimilables à un trouble psychiatrique (...).

Le DSM-IV-TR (...) établit les critères généraux d'un trouble de la personnalité. Ceux-ci consistent essentiellement en une déviation de la norme qui se manifeste au niveau des cognitions, de l'affectivité, du contrôle des impulsions et des interactions avec les autres. La CIM-10 (...) en fait de même dans sa version pour la recherche.

Lorsque le clinicien a pu observer ces caractéristiques générales, il peut poursuivre sa démarche diagnostique par la recherche d'un trouble spécifique de la personnalité. Le DSM-IV-TR en retient dix qu'il classe en trois groupes (cluster) A, B et C.

Dans le cas particulier où il y a les critères généraux d'un trouble de la personnalité (et seulement dans ce cas), mais pas les caractéristiques d'un sous-groupe spécifique, on doit poser un diagnostic de trouble de la personnalité NS (non spécifié ou non spécifique). La CIM-10 propose aussi l'entité trouble mixte de la personnalité.

Dans le cas présent, la question d'un trouble de personnalité a été posée au dossier. Elle s'avère tout à fait pertinente.

M. P. \_\_\_\_\_ a eu des difficultés à rester inséré dans le monde ordinaire du travail. Son parcours professionnel est tout de même marginal, même si ce sujet semble avoir pu rester autonome jusqu'à ces dernières années.

Sur le plan affectif, on doit aussi admettre des difficultés. Il y a eu deux divorces. Il y a la situation actuelle peu claire de liens conséquents avec sa dernière épouse et par ailleurs d'un homme vivant seul et se disant tout de même peu satisfait de sa vie sentimentale. Il y a eu des troubles mentaux et du comportement graves lors de la séparation à la fin des années 1990 et trois hospitalisations en milieu psychiatrique dans ce contexte, ce qui valide des carences adaptatives.

L'ensemble de cette histoire personnelle et socioprofessionnelle parle pour des caractéristiques générales d'un trouble de personnalité. Il n'y a guère de doute là-dessus.

La recherche d'un trouble spécifique de personnalité est moins contributive. Il y a des éléments dyssociaux chez un sujet qui admet avoir été l'objet de condamnations pénales. Il y a des troubles du comportement relativement graves dans une situation de séparation, ce qui valide des carences adaptatives et l'intolérance aux situations d'abandon. Il y a le rapport difficile avec les substances psycho actives (alcool, opiacés). Il y a par ailleurs une présentation actuelle faite de passivité et de régression, même si elle peut être partiellement induite par la prescription de doses massives de morphine.

Dans le contexte de caractéristiques générales d'un trouble de personnalité indiscutables et de l'absence de tous les critères pour un trouble spécifique de ce chapitre, le soussigné retient le *trouble mixte de la personnalité*, conformément à ce que préconise la CIM-10 dans un tel cas.

- *Autres pathologies psychiatriques*

La recherche d'une symptomatologie et de signes de dépression n'a pas été véritablement contributive compte tenu de ce qu'induit déjà la prescription de hautes doses de morphine.

Le soussigné a par ailleurs recherché un trouble anxieux spécifique. Il n'en a pas trouvé. Il n'y a pas d'atteinte cérébro organique, tout en sachant l'effet transitoire et réversible de hautes doses de morphine sur les prestations intellectuelles. Il n'y a pas d'éléments psychotiques florides.

### **Appréciation asséurologique**

Au terme de son évaluation le soussigné retient un *syndrome de dépendance aux opiacés* et un *trouble mixte de la personnalité*.

- *Syndrome de dépendance aux opiacés*

La prescription de hautes doses de morphine serait ici justifiée par la présence d'une coxarthrose et de lombosciatalgies qui ont pu être rebelles aux traitements antalgiques traditionnels. Il est possible que les praticiens prescripteurs aient justifié ces posologies anormalement élevées, au vu de la tolérance acquise aux opiacés chez cet ancien héroïnomane. Il n'en reste pas moins que l'intéressé en a les effets secondaires de troubles attentionnels, d'oublis et d'une certaine sédation, même s'ils ne sont en rien marqués pour la dose prescrite.

Ces symptômes valent pour des limitations. L'assuré ne devrait pas conduire, en l'état. Il ne devrait pas travailler avec des machines potentiellement dangereuses.

M. P. \_\_\_\_\_ reste néanmoins fonctionnel. Il peut tenir normalement une conversation et rester vigile et plutôt efficace sur un entretien psychiatrique de deux heures. Il peut "lire beaucoup" à domicile. Il a obtenu le résultat maximal au test de dépistage d'une atteinte cérébro organique que sont les tests conjugués de la montre et de Folstein, ce qui est pleinement rassurant.

Si cette prescription de doses très élevées de morphine peut avoir des effets secondaires désagréables qui altèrent certainement la qualité de vie de l'intéressé, elle n'aboutit certainement pas à des limitations et à une incapacité autre que celle relevant d'activités très spécifiques comme la conduite automobile et l'utilisation de machines potentiellement dangereuses.

- *Trouble de personnalité*

Les troubles de personnalité décrivent un mode durable, voire permanent des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu et qui détermine une souffrance et une altération du fonctionnement.

Dans la règle, un trouble de personnalité vaut essentiellement pour un facteur de chronicité ou de risque pour des troubles de l'axe I du DSM-IV-TR (troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles somatoformes) (...).

Il est assez rare qu'un trouble de personnalité puisse avoir valeur incapacitante en soi. C'est exceptionnellement le cas lors de troubles sévères où quasiment tous les critères spécifiques sont réunis.

Dans le cas présent, l'assuré relève de traits de personnalité manifestement pathologiques. Il y a les éléments de passivité et de régression même s'ils peuvent être au moins partiellement induits par la prescription de hautes doses de morphine. Il y a des éléments dyssociaux. Il y a une impulsivité sortant de la normale.

L'intéressé a pourtant fonctionné à sa manière dans la société jusqu'à ce jour. Il a eu des périodes de bonne stabilité professionnelle. Il est apparemment resté autonome jusqu'à la fin des années 1990.

M. P. \_\_\_\_\_ a pu gérer correctement un processus d'expertise, sachant déplacer les rendez-vous adéquatement dans le contexte du décès de son frère. S'il s'est montré occasionnellement irritable, il a toujours su se contrôler et collaborer correctement à l'investigation.

Si les éléments de personnalité pathologique peuvent expliquer une certaine fragilité face au stress et une carence de facultés adaptatives, il n'est pas justifié de leur conférer une valeur incapacitante en soi. L'assuré ne souffre certainement pas d'un trouble de personnalité tellement grave qu'on doive le considérer comme une *maladie mentale* stricto sensu.

- *Conclusion*

Au vu de ce qui précède, le soussigné ne peut pas retenir de limitations et une incapacité de travail psychiatriques dans ce cas:

- L'assuré ne souffre certainement pas d'un trouble de personnalité tellement grave qu'on doive le considérer comme une *maladie mentale* stricto sensu.

- Les hautes doses de morphine génèrent quelques limitations sans plus. Elles diminuent surtout la qualité de vie de l'intéressé.

En tant que toxicomanie même iatrogène, le syndrome de dépendance à la morphine ne pourrait être que primaire, au sens des règles usuelles d'application de la LAI (...) sachant que le trouble de personnalité de l'intéressé n'a certainement pas valeur incapacitante en soi.

Sous réserve d'une diminution progressive de la prescription de morphine, le soussigné considère que le traitement actuel est adéquat tant en qualité qu'en quantité. Un suivi psychiatrique par [un] spécialiste n'a guère de sens ici, sachant aussi que l'intéressé n'a pas de demande à ce sujet.

Des mesures professionnelles comme une aide au placement n'ont pas de contre-indication psychiatrique. Le soussigné est toutefois sceptique sur leur chance d'aboutir chez un sujet qui n'a pas de véritable demande à réintégrer le monde du travail et qui répète à l'envi que la demande de prestations à l'assurance-invalidité et l'opposition et le recours qui sont suivi ne viennent pas de lui mais du "service social". Il est vrai que M. P. \_\_\_\_\_ relève plus d'un problème social que d'un problème strictement médical.

Sur le plan psychiatrique, le pronostic n'est pas nécessairement mauvais. L'assuré conserve des ressources. Il ne relève pas d'une psychopathologie grave tout en sachant que son système de valeurs diffère des normes de performance requises ordinairement dans le premier marché du travail.

### **Conclusions**

En conclusion, M. P. \_\_\_\_\_ est un homme de 57 ans dont l'histoire peut valider des carences affectives dans l'enfance. La suite vaut pour une instabilité personnelle et socioprofessionnelle.

Sur le plan psychiatrique, M. P. \_\_\_\_\_ a été symptomatique au moment de son arrivée en Suisse avec un passage dans une toxicomanie aux drogues dures et un alcoolisme de plusieurs années. Il y a eu des troubles mentaux et du comportement graves lors de sa séparation à la fin des années 1990 et trois hospitalisations en milieu psychiatrique dans ce contexte.

Depuis 2006 au plus tard, l'assuré ne rapporte pas de troubles psychiques ni de problème avec les drogues et l'alcool. Il ne s'est pourtant pas réinséré dans le monde ordinaire du travail.

L'évaluation actuelle fait retenir un syndrome de dépendance aux opiacés qui sont prescrits et un trouble mixte de la personnalité.

Pour des motifs mentionnés plus haut, le soussigné ne saurait corréliser ce tableau clinique à une incapacité de travail psychiatrique de longue durée. S'il y a toxicomanie, elle ne peut être que primaire.

Sous réserve d'une diminution progressive de la prescription de morphine, le soussigné considère que le traitement actuel est adéquat tant en qualité qu'en quantité.

Des mesures professionnelles comme une aide au placement n'ont pas de contre-indication psychiatrique. Le soussigné est toutefois sceptique sur leur chance d'aboutir. Il est vrai que M. P. \_\_\_\_\_ relève plus d'un problème social que strictement médical.

Sur le plan psychiatrique, le pronostic n'est pas nécessairement mauvais.

L'assuré conserve des ressources. Il ne relève pas d'une psychopathologie grave, tout en sachant que son système de valeurs diffère des normes de performance requises ordinairement dans le premier marché du travail. »

Répondant aux questions des parties, l'expert a indiqué que les diagnostics posés étaient sans effet sur la capacité de travail de l'assuré, laquelle était entière du point de vue psychiatrique. En particulier, si la prescription de doses très élevées de morphine pouvait certes entraîner des effets secondaires désagréables susceptibles d'altérer la qualité de vie, elle ne conduisait pas pour autant à des limitations spécifiques ou à une incapacité en tant que telle, si ce n'est une restriction relevant d'activités très précises telles que la conduite automobile ou l'utilisation de machines potentiellement dangereuses. Pour le surplus, l'expert s'est référé au texte de son rapport.

Se déterminant dans une lettre du 4 septembre 2012, le recourant a fait savoir que l'analyse complète et détaillée de l'expert avait le mérite de dissiper les incertitudes présentées par le dossier sous l'angle psychiatrique. Il a néanmoins relevé que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr L. \_\_\_\_\_ (conduite automobile et utilisation d'engins dangereux) n'avaient pas fait l'objet d'investigations par l'autorité intimée. Pour le reste, le recourant a réitéré la nécessité de diligenter une expertise orthopédique, assortie le cas échéant d'un volet hématologique et angiologique, aux fins de clarifier l'évolution de sa capacité de travail, ce d'autant plus que l'arthroplastie prévue a finalement été réalisée le 27 mars 2012.

Le 4 septembre 2012, l'office intimé a transmis sa prise de position, à laquelle était joint un avis du SMR, daté du 15 août précédent. Faisant siennes les conclusions de l'expert, il retient en substance que le recourant ne présente aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique et que cette appréciation se fonde sur un rapport d'expertise qui revêt une entière valeur probante. Il a renvoyé pour le surplus à la décision attaquée ainsi qu'à ses écritures précédentes, qu'il a déclaré confirmer.

Interpellé par l'intimé quant à la pertinence de mettre en œuvre les mesures d'instruction requises par le recourant, le SMR s'est prononcé comme suit dans un avis du 6 février 2013 sous la plume du Dr F.\_\_\_\_\_:

« (...)

La décision contestée est datée du 11 août 2011. Les activités de référence sont: opérateur de production léger, téléphoniste dans un call center et surveillant de parking (page 2). Ces activités ne comportent ni l'usage de machines dangereuses ni la conduite de véhicule. Ces activités sont donc adaptées aux limitations fonctionnelles somatiques retenues par le SMR sur la base de l'examen clinique d'orthopédie réalisé le 10 mai 2010. Ces limitations fonctionnelles sont secondaires à la coxarthrose gauche.

L'arthroplastie effectuée le 27 mars 2012 est un fait nouveau postérieur à la décision attaquée du 11 août 2011. Les suites de traitement et la convalescence après ce type d'intervention ne dépassent pas habituellement 6 semaines à 3 mois en-dehors de complications imprévisibles.

Il n'est donc pas nécessaire de mettre en place une expertise somatique.

Nous maintenons notre position. »

Se ralliant à cet avis en date du 11 février 2013, l'intimé a une nouvelle fois renvoyé à la décision attaquée ainsi qu'à ses écritures précédentes, le tout étant derechef confirmé.

Dans une lettre du 7 mars 2013, le recourant a sollicité une extension de la procédure à l'état de fait survenu postérieurement à la décision entreprise. L'arthroplastie ayant été effectuée, le recourant

estime qu'un examen somatique permettrait de s'assurer que l'évolution de son cas se superpose à celle décrite par les médecins du SMR.

Le 26 mars 2013, l'intimé a pris position à propos de la requête du recourant, tendant à obtenir un élargissement de la présente procédure. Pour l'essentiel, il a considéré que les conditions cumulatives posées par la jurisprudence en la matière n'étaient pas réunies, dès lors que le dossier ne contenait aucune pièce médicale confirmant la réalisation de l'arthroplastie que le recourant prétend avoir subie le 27 mars 2012, ni quelles ont été les conséquences de cette intervention sur son état de santé. Dans ces conditions, l'intimé a confirmé la décision querellée ainsi que ses écritures antérieures.

Dans un ultime pli du 18 avril 2013, le recourant a déclaré s'en remettre à l'appréciation du tribunal quant à l'opportunité d'étendre sa saisine, tout en relevant que, par économie de procédure, un examen somatique complémentaire dans le cadre de la présente procédure devrait permettre d'éviter le dépôt éventuel d'une nouvelle demande de prestations devant l'autorité intimée.

**D.** Invité par le magistrat instructeur à produire la liste détaillée de ses opérations et de ses débours, le conseil du recourant a fait parvenir le 26 avril 2013 la liste des opérations effectuées pour la période du 4 novembre 2011 au 26 avril 2013, ce qui représente un total de 11,39 heures, soit un total de 2'214 fr. 20. Ce montant comprend les honoraires à hauteur de 2'050 fr. 20, auxquels s'ajoute la TVA au taux de 8% par 164 fr. Aucun débours n'est facturé.

### **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 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément

à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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 de recours 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 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** En l'occurrence, la décision litigieuse concerne uniquement le droit du recourant à une rente. Ne doit dès lors être examiné que le point de savoir si l'assuré présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité, à l'exclusion d'autres prestations.

**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 (art. 8 al. 1 LPGA et 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par 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 (première phrase).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**b)** Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C\_128/2013 du 4 novembre 2013 consid. 3.1 et les références).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre.

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 (TF 9C\_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment 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 125 V 351 consid. 3a p. 352 et les références ; TF 9C\_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 p. 258), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 et les références ; TF 9C\_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à

se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 9C\_142/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.1).

**4.** En l'occurrence, se fondant en particulier sur l'examen clinique orthopédique effectué par le Dr Z.\_\_\_\_\_ du SMR, l'office AI retient que l'assuré présente certes une incapacité totale de travail dans son activité habituelle d'antiquaire-brocanteur, mais qu'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et respectant ses limitations fonctionnelles est exigible de l'intéressé dès le mois de juin [recte : juillet] 2006.

De son côté, le recourant conteste ce point de vue. Il se prévaut d'une invalidité suffisant à l'octroi d'une rente entière, se fondant en cela sur l'avis de son médecin traitant. Il fait encore valoir un trouble psychique invalidant.

**a)** Sur le plan somatique, il est constant que l'assuré présente des troubles à la hanche gauche.

Dans son rapport du 17 juin 2010, consécutif à l'examen clinique orthopédique effectué le 10 mai précédent, fondé notamment sur le dossier radiologique, le Dr Z.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de coxarthrose primaire à gauche. Ce diagnostic rejoint celui du Dr T.\_\_\_\_\_ (rapport médical indexé le 26 novembre 2009). De leur côté, les Drs K.\_\_\_\_\_ (rapport du 6 novembre 2009), R.\_\_\_\_\_ (attestation du 19 juillet 2011) et S.\_\_\_\_\_ (rapport du 15 juin 2011) confirment l'existence d'une coxarthrose bilatérale plus avancée à gauche. Selon le Dr Z.\_\_\_\_\_, cette dernière s'inscrit dans un contexte de lombalgies chroniques, accompagnées d'une scoliose dégénérative et de discopathies pluriétagées, affectant également la capacité de travail de l'assuré. Hormis le Dr S.\_\_\_\_\_, qui évoque une sciatique, ni le Dr R.\_\_\_\_\_, ni le Dr T.\_\_\_\_\_ ne font état de problèmes dorsaux. Aucun médecin ne les remet toutefois en cause. Quant à la capacité de travail

dans une activité adaptée, le Dr Z.\_\_\_\_\_ considère qu'elle est entière, à condition de respecter les limitations fonctionnelles énoncées, à savoir un travail sédentaire ou semi-sédentaire, sans port de charges. A ses yeux, l'activité d'antiquaire-brocanteur n'est plus exigible, à moins d'une arthroplastie totale de la hanche effectuée avec succès, qui autoriserait la reprise d'une telle activité, en évitant toutefois de soulever des charges lourdes. Ces conclusions correspondent dans une large mesure à celles du Dr T.\_\_\_\_\_ (rapport médical indexé le 26 novembre 2009), lequel ne se prononce cependant pas sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Il en va à cet égard de même des Drs R.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_.

S'agissant des autres troubles somatiques mis en exergue par les médecins ayant examiné l'assuré, on ne peut que constater que le tabagisme chronique, l'hypertension artérielle, le status post hémorragie digestive basse sur fissure anale et la cirrhose hépatique secondaire à une hépatite C sont diagnostiqués sans influence sur la capacité de travail par les Drs T.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_. Même si le Dr R.\_\_\_\_\_ relève que la fonction hépatique de l'assuré - au demeurant stabilisée - nécessite un suivi, il ne prétend pas que la cirrhose, traitée, affecterait la capacité de travail. En ce qui concerne par ailleurs la toxicodépendance et le syndrome de dépendance à l'alcool, aucun rapport médical n'indique qu'ils auraient une influence sur la capacité de travail, ce qui serait au demeurant peu probable, dans la mesure où le recourant est considéré actuellement comme abstinent par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_. Quant à l'état de fatigue invoqué par le recourant, s'appuyant en cela sur l'attestation du 19 juillet 2011 du Dr R.\_\_\_\_\_, le Dr Z.\_\_\_\_\_ rend compte d'un tel état en 2006. Dans son rapport, il note qu'à cette époque l'assuré a consulté la Polyclinique C.\_\_\_\_\_ en raison de cette fatigue ainsi que pour des douleurs à la hanche gauche. Au cours de l'examen, une cirrhose hépatique et une hépatite C génotype 4 ont été mises en évidence, pour lesquelles l'assuré a bénéficié d'un traitement antiviral. Ces troubles, auxquels s'ajoutaient des douleurs à la hanche gauche, seraient ainsi susceptibles d'expliquer, au moins en partie, l'état de fatigue ressenti alors par l'intéressé. En effet, si celui-ci se plaint toujours

en 2010 de douleurs à la hanche gauche, il ne signale en revanche plus de fatigue au Dr Z.\_\_\_\_\_. Au reste, s'écartant sans explications des constatations du Dr Z.\_\_\_\_\_ et reprenant mot pour mot les observations consignées par le Dr T.\_\_\_\_\_ dans son rapport de novembre 2009, l'avis du Dr R.\_\_\_\_\_, qui mentionne une fatigue chronique avec asthénie, ne peut qu'être écarté. Il ne saurait enfin être tenu compte des troubles oculaires allégués par le recourant, ceux-ci n'étant nullement documentés.

**b)** Sur le plan psychique, le recourant se prévaut de troubles de la personnalité, potentiellement à l'origine d'une dépendance à l'alcool et à d'autres substances psychotropes. Se référant aux rapports établis à la suite d'hospitalisations successives en milieu psychiatrique au cours de l'année 1999, il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, aux fins de faire la lumière sur l'origine malade éventuelle de ses troubles psycho-sociaux. Le magistrat instructeur a fait droit à cette requête, en confiant au Dr L.\_\_\_\_\_ le soin de réaliser une telle expertise.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 201 consid. 7.1.1 p. 211; 102 V 165; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c p. 298 ; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1).

Dans son rapport du 30 juillet 2012, l'expert judiciaire diagnostique un syndrome de dépendance aux opiacés (F 11.25) et un

trouble mixte de la personnalité (F 61.0). S'agissant du premier cité, le Dr L.\_\_\_\_\_ expose que les informations à sa disposition confirment le sevrage de l'intéressé aux drogues dures, telles que l'héroïne. Il en va de même en ce qui concerne l'alcool. Si en revanche l'assuré admet une consommation de cannabis qu'il dit occasionnelle, soit à moins d'une fois par mois, l'expert estime qu'il ne se justifie pas de l'ériger en pathologie, ce d'autant moins qu'elle n'induit pas de souffrance ni de trouble du comportement. L'expert justifie dès lors ce diagnostic par les fortes doses de morphine qui sont prescrites à l'assuré, dans le contexte d'une coxarthrose et de lombosciatalgies. Relevant la tolérance au produit eu égard aux doses prescrites (424 mg par jour), l'expert plaide pour une réduction graduelle de la posologie, l'intéressé admettant lui-même qu'il aurait de la peine à se passer de cette substance. Sous réserve d'une diminution progressive de la prescription de morphine, l'expert considère toutefois que le traitement actuel est adéquat tant en qualité qu'en quantité. En ce qui concerne le trouble mixte de la personnalité, ce diagnostic repose sur divers dysfonctionnements de l'assuré, tels que des éléments dyssociaux (condamnations pénales), des troubles du comportement (impulsivité), un rapport difficile avec les substances psycho-actives et une présentation actuelle faite de passivité et de régression. Sans qu'il doive être considéré comme une maladie mentale au sens strict, le trouble de la personnalité peut cependant expliquer une certaine fragilité au stress et une carence des facultés adaptatives. Pour autant, il ne se justifie pas de lui conférer une valeur incapacitante en soi. Niant ainsi tout caractère invalidant aux pathologies retenues, l'expert indique cependant que la tolérance aux opiacés est de nature à altérer la qualité de vie et à induire des troubles attentionnels ainsi que des oublis, de sorte que l'assuré se doit d'éviter de conduire un véhicule automobile ou de travailler avec des machines potentiellement dangereuses. Dans cette mesure, les activités d'opérateur de production léger, téléphoniste dans un call center et surveillant de parking, retenues par l'intimé, paraissent appropriées. Recherchant par ailleurs d'autres pathologies psychiatriques éventuelles, l'expert n'a trouvé ni trouble anxieux spécifique, ni atteinte cérébro-organique, ni éléments psychotiques florides. Le Dr L.\_\_\_\_\_ termine son appréciation en relevant que le

pronostic n'est pas nécessairement mauvais, dès lors que l'assuré conserve des ressources et ne relève pas d'une psychopathologie grave. Tout en estimant que le recourant ne présente pas de limitation au plan psychiatrique, l'expert note que son système de valeurs diffère des normes de performance communément admises dans le marché ordinaire du travail. Dans ce sens, la situation de l'assuré revêt plutôt un caractère social que strictement médical. Il ne fait du reste l'objet d'aucun suivi sur le plan psychique. Au vrai, en l'absence d'un substrat médical pertinent entravant de manière significative la capacité de travail et de gain, la jurisprudence concernant les facteurs psychosociaux ou socioculturels et celle concernant la dépendance, sous quelque forme que ce soit, ne trouvent pas à s'appliquer dans le cas d'espèce. Dans ces conditions, force est de conclure à l'absence d'éléments médicaux concrets plaidant en faveur d'une pathologie psychique incapacitante susceptible d'être prise en compte dans le cadre de la présente procédure.

**c)** De l'ensemble des considérations qui précèdent, on retiendra que le recourant présente, tant sur le plan physique que psychique, une capacité de travail entière dans une activité réputée adaptée à ses limitations fonctionnelles, à tout le moins depuis le mois de juillet 2006. Tant l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_ que le rapport de l'expert L. \_\_\_\_\_ satisfont aux exigences jurisprudentielles pour leur conférer pleine valeur probante. Fruits d'investigations complètes et approfondies, ils expliquent en quoi l'exercice d'une profession adaptée à l'état de santé du recourant est exigible à 100%. Aucun rapport médical subséquent n'autorise à s'éloigner de leur appréciation. Il s'ensuit que les conclusions convaincantes de chacun de ces médecins doivent être suivies, dès lors que le dossier constitué ne fait état d'aucun élément qui aurait été ignoré par l'un ou l'autre de ces deux spécialistes.

**d)** Cela étant, le recourant sollicite l'extension de la saisine de la Cour de céans à l'arthroplastie subie le 27 mars 2012, soit à un fait postérieur à la décision entreprise, datée du 11 août 2011. Il estime qu'un examen somatique complémentaire permettrait de déterminer si une amélioration de sa capacité de travail pourrait être envisagée, une fois

passée la période d'incapacité de travail totale médicalement justifiée à la suite d'une intervention de ce type. Dans l'intervalle, il demande donc que le droit à des prestations de l'assurance-invalidité lui soit reconnu. Se prévalant aussi du principe d'économie de procédure, il soutient que la mise en œuvre d'une telle mesure lui éviterait de devoir déposer, le cas échéant, une nouvelle demande de prestations auprès de l'office intimé.

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503; ATF 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (Fritz Gygi, *Bundesverwaltungsrecht*, 2<sup>e</sup> éd., 1983, p. 43) et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, *L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral*, in *Mélanges Pierre Moor*, 2005, n° 27 p. 446). Ces principes, développés en premier lieu en lien avec un élargissement matériel du procès, sont en principe également valables lorsque la contestation a pour objet un état de fait qui produit des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (élargissement temporel; ATF

130 V 138 consid. 2.1 p. 140 ; TF 9C\_711/2011 du 26 avril 2012 consid. 3.1).

A lire le recourant, l'arthroplastie aurait eu lieu le 27 mars 2012, soit postérieurement à la décision dont est recours, datée du 11 août 2011. Se pose dès lors la question de savoir si les conditions formulées par la jurisprudence à un élargissement du procès sont réalisées dans le cadre de la présente procédure. Tel n'est à l'évidence pas le cas. Si la pose d'une prothèse totale de la hanche se rapporte certes à une pathologie connue au moment de la décision litigieuse, à savoir la coxarthrose, on constate que cette intervention, pour autant qu'elle ait eu lieu, n'est aucunement documentée. Contrairement à ce qu'il a annoncé dans son écriture du 17 avril 2012, le recourant n'a en effet produit aucune pièce à propos de cette opération. En l'absence d'éléments médicaux précis (protocole opératoire, compte-rendu hospitalier, avis de médecins), il n'est en particulier pas possible de déterminer quelle serait l'incidence de l'intervention subie sur la capacité de travail du recourant. Il suit de là que cette question n'est pas, tant s'en faut, en état d'être jugée, l'administration n'ayant, pour cette raison même, pas été en mesure de se prononcer à ce sujet. Dans ces conditions, l'arthroplastie invoquée par le recourant ne saurait être intégrée à la présente procédure. Au surplus, le fait que le recourant sollicite lui-même la mise en œuvre d'un examen somatique complémentaire sur ce point dans le cadre de la présente procédure suffit à démontrer que dite question n'est pas en état d'être jugée.

**e)** En définitive, en déniant le droit du recourant à une rente d'invalidité, au motif que sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'il ne subit de ce fait pas de préjudice ouvrant le droit à une telle prestation, la décision attaquée échappe à la critique. Il s'ensuit que le recours, en tous points mal fondé, doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision rendue le 11 août 2011 par l'office intimé.

**5. a)** La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés à la charge de l'Etat.

**b)** Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Anne-Sylvie Dupont à compter du 15 septembre 2011 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le 26 avril 2013, Me Dupont a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 11 heures 39 au total, au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoute la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 2'214 fr. 20 pour l'ensemble de l'activité déployée dans le cadre de la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

**c)** Succombant, le recourant ne saurait prétendre à l'indemnité de dépens qu'il sollicite (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 août 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Anne-Sylvie Dupont, conseil du recourant, est arrêtée à 2'214 fr. 20 (deux mille deux cent quatorze francs et vingt centimes), TVA comprise.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

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, avocate (pour P. \_\_\_\_\_),
- 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 :