

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 février 2014

---

Présidence de        Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :        M.     Merz et M. Monod, assesseur  
Greffière     :        Mme     Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA; art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : le recourant), ressortissant italien né en 1972, titulaire d'une autorisation d'établissement, a obtenu en 1991 un certificat fédéral de capacité (CFC) de peintre en bâtiment. Il ressort d'un extrait de son compte individuel qu'il a ensuite continué à travailler pour son maître d'apprentissage jusqu'en août 1991 puis qu'il a alterné entre des périodes d'inactivité et des périodes de travail, principalement dans le cadre de missions temporaires. Dans ce contexte, il aurait essentiellement œuvré en tant que peintre en bâtiment. Il a travaillé en dernier lieu pour le compte de l'agence de placement W.\_\_\_\_\_, du 12 septembre au 13 décembre 2005, en tant que peintre à 100%. Par la suite, il a émargé à l'aide sociale.

Le 4 novembre 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), en raison de thromboses veineuses des membres inférieurs, d'infections, d'hépatite B et C et d'une polytoxicomanie.

Procédant à l'instruction de cette requête, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a interpellé le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en infectiologie et médecin traitant de l'assuré. Aux termes d'un rapport du 31 décembre 2008, ce médecin a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de troubles de la personnalité, de toxicomanie active depuis 1992, de thromboses septiques des veines fémorales gauche et droite en 2005 et 2008, ainsi que d'infection compliquée des tissus mous de la main gauche en 2006. A titre d'affections sans impact sur la capacité de travail, étaient mentionnées une infection au virus de l'immunodéficience humaine [VIH ou HIV] et une hépatite C chronique, depuis 2008. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a exposé que l'infection VIH ne nécessitait pas encore de traitement anti-rétroviral, mais qu'à l'avenir un tel traitement serait certainement nécessaire et que le pronostic dépendrait alors fortement de la compliance de l'assuré. Il a ajouté que l'hépatite C devrait être soignée mais qu'un traitement était

contre-indiqué en raison de la toxicomanie active, addiction qui était souvent compliquée par des infections bactériennes graves – le patient en avait du reste déjà présenté – pouvant être fatales. Concernant la capacité de travail, le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué que celle-ci était nulle dans la profession de peintre en bâtiment depuis mai 2005 et que ce métier n'était plus exigible, mentionnant à cet égard une incapacité à s'abstenir de drogue et une difficulté à tenir debout pour des périodes prolongées. Il a précisé que le patient souhaitait une reprise d'activité professionnelle à temps partiel mais qu'il n'était pas prêt à cesser sa consommation de stupéfiants. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a ajouté que dans une activité adaptée, excluant le travail uniquement en position debout, la capacité de travail était de 50%.

Dans un rapport du 11 février 2009 à l'attention de l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de toxicomanie à l'héroïne, cocaïne et benzodiazépine depuis août 1991 et de status post-thrombose veineuse profonde des membres inférieurs entre 2006 et 2008. En guise d'atteintes sans influence sur la capacité de travail, il a mentionné une hépatite C chronique depuis 1993 et une infection VIH depuis 2008. Il a émis un pronostic réservé et a fait état d'une entière incapacité de travail dans la profession de peintre en bâtiment depuis le 13 décembre 2006. Ce médecin a estimé que l'activité exercée à ce jour n'était plus exigible, compte tenu de difficultés à se conformer à un cadre et à un horaire ainsi que d'œdèmes des membres inférieurs «++» consécutifs aux thromboses. Quant aux travaux encore envisageables dans le cadre d'une activité adaptée, le Dr K.\_\_\_\_\_ a exposé qu'il y avait lieu d'éviter les activités exercées uniquement debout, assis ou principalement en marchant, que le port de charge était limité à 15-20 kg, qu'il existait une limitation de la capacité de concentration et de compréhension en fonction des substances consommées, et que la capacité d'adaptation et la résistance étaient elles aussi limitées.

Par avis médical du 14 octobre 2009, les Drs C.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), ont

considéré ne pas être suffisamment renseignés sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Ils ont estimé qu'il y avait en outre lieu de déterminer si la toxicomanie était primaire ou secondaire et si des traitements étaient exigibles. Partant, ils ont préconisé une expertise pluridisciplinaire comportant un volet psychiatrique et un volet de médecine interne (infectiologie et angiologie).

A cette fin, l'OAI a mandaté le Centre d'expertise médicale [...] (ci-après : le Centre P. \_\_\_\_\_). Dans ce contexte, l'assuré a été examiné le 4 février 2010 par le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, puis le 9 février suivant par le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie. Ces médecins ont ensuite rendu leur rapport en date du 28 juin 2010. Ils ont notamment relevé que l'assuré avait souffert de lombalgies sévères persistantes dès la fin septembre 2009 et qu'une première imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire avait montré un abcès épidual antérieur de S1. S'en était suivie une hospitalisation du 16 octobre au 20 novembre 2009, lors de laquelle une IRM de contrôle avait mis en évidence, d'une part, la disparition de l'abcès mais, d'autre part, une destruction post inflammatoire du disque L5-S1 avec œdème réactionnel. Par ailleurs, les experts ont observé que, sur le plan anamnestique, un trouble de la personnalité semblait présent depuis l'âge de 17-18 ans, pouvant être expliqué par des carences affectives et la violence paternelle. A cet égard, ils ont mentionné une identité floue, des difficultés à se positionner par rapport à ses désirs, de l'évitement, une peur de la réalité, un sentiment d'injustice ou de ne pas être compris, une grande sensibilité avec des pleurs faciles ainsi qu'un sentiment de faiblesse. Ils ont ajouté que depuis l'âge de 17 ans, l'assuré avait toujours eu des comportements explosifs (selon lui, sans rapport avec une consommation de stupéfiants), avec des troubles du comportement (bris d'objets) sous l'effet du sentiment d'injustice. L'intéressé avait toujours ressenti un sentiment d'abandon entraînant un repli sur soi et un retrait social, des épisodes de dépression modérés et une rupture ou des tensions relationnelles avec les membres de sa famille - symptomatologie correspondant à un trouble de la personnalité émotionnellement labile de

type impulsif. L'expertisé avait également présenté des symptômes anxieux qu'il avait essayé de canaliser par l'effet anxiolytique du cannabis; un probable trouble anxieux devait exister à l'époque, mais il était difficile d'en être certain a posteriori. Il était relevé que deux cures de sevrage avaient été tentées en 1997 et 1999, qui s'étaient toutes deux soldées par un échec. Les experts ont en outre relevé ce qui suit :

## "6. Synthèse et discussion

[...]

### Situation actuelle :

Sur le plan somatique, Monsieur F. \_\_\_\_\_ souffre au premier plan de lombalgies basses plutôt latéralisées à gauche, sans sciatalgie. Les douleurs sont essentiellement mécaniques exacerbées par les flexions antérieures du tronc et nécessitent toujours un traitement de Morphine retard à hautes doses (2 x 100 mg de MST) qui s'ajoute au[x] 100 mg de Méthadone.

Cliniquement, l'assuré présente un modeste syndrome lombovertébral sans claire contracture avec un Lasègue positif à gauche à 80° cependant sans signe radiculaire déficitaire.

Il ne rapporte pas d'impulsivité à la toux ou au Valsalva ni de trouble sphinctérien. La position assise n'est pas limitée et le périmètre de marche est limité, mais en raison essentiellement d'une claudication veineuse, avec tiraillements dans les mollets à type de crampes, soulagée rapidement par la surélévation des jambes. Il n'est pas fait état de crampes nocturnes, de jambes sans repos. L'assuré ne porte toujours pas de bas de contention.

Une infection HIV de stade A2 reste stable et ne nécessite toujours pas de traitement. Quant au traitement de l'hépatite C, il est illusoire aussi longtemps que l'assuré s'adonne à la poursuite de sa toxicomanie par injections de cocaïne ou de Dormicum quasiment hebdomadaires actuellement.

Ainsi, actuellement le cas n'est pas stabilisé, susceptible d'amélioration concernant l'affection lombaire avec destruction du disque L5-S1. On peut cependant prédire qu'il en résultera probablement un handicap douloureux et fonctionnel avec limitation du port de charges, impossibilité de maintenir de longues positions statiques immobiles surtout debout, restriction des activités en flexion antérieure du tronc, et en porte-à-faux.

Par ailleurs, la situation veineuse est inquiétante avec insuffisance veineuse chronique constituée de troubles trophiques et menace d'ulcère même si, actuellement, l'œdème n'est que modéré. Cette affection handicape essentiellement Monsieur F. \_\_\_\_\_ lors de marches rapides avec apparition d'une claudication veineuse après 30 minutes. Les limitations fonctionnelles consécutives sont constituées ainsi par une limitation du périmètre de marche plus de 30 minutes. L'utilisation répétitive d'escaliers ou d'échelles. Au total,

compte tenu de ses limitations, il n'existe plus de capacité de travail exigible dans l'activité de plâtrier-peintre.

Dans une activité adaptée, c'est-à-dire respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, la capacité de travail n'excède pas 50 %. Par ailleurs, il existe une totale incapacité de travail y compris dans une activité adaptée du 1<sup>er</sup> octobre 2009 au 31 janvier 2010. On considère en effet que l'activité adaptée est exigible à 50 % dès le 01 février 2010.

Sur le plan psychique, spontanément, Monsieur F. \_\_\_\_\_ mentionne, des périodes de quelques semaines à quelques mois, marquées par un retrait social et un repli sur soi, une inactivité, un mal être difficile à définir, des périodes intermédiaires de quelques semaines d'une humeur stable.

A l'anamnèse orientée, il se plaint d'anxiété variable avec des symptômes neurovégétatifs occasionnels, d'une phobie des chiens sous l'effet de la cocaïne. Il y a une image de soi négative, une confiance en soi modérément diminuée, de fréquents sentiments de culpabilité et d'idées dépressives, d'intérêts absents, de plaisirs légèrement diminués. L'énergie vitale est modérément diminuée, la fatigue modérée, l'appétit modérément diminué, sans perte de poids, Il y a des troubles de l'endormissement et des réveils nocturnes sans raison, des troubles modérés de la concentration et de la mémoire qu'il met sur le compte du Dormicum.

Même si l'assuré déclare des limitations dans ses activités quotidiennes en raison de la fatigue et du manque d'énergie, ils ne sont pas tant limitant, car il peut sortir pour se promener un peu, lire ou se rendre chez ses parents. Il pense et peut traiter ses papiers administratifs, ce qui nécessite une énergie non négligeable.

L'ensemble des plaintes parle en faveur d'une dysthymie dont le début peut être situé à 2004 après un probable épisode dépressif dont la certitude est relative. Par contre, il est certain que la symptomatologie dépressive est compatible avec un degré léger et appara[ît] sur des périodes de quelques semaines à quelques mois. Il n'y a pas d'épisode hypomane. Les périodes intermédiaires d'une humeur stable ne dépassent pas quelques semaines. Les activités quotidiennes ne sont pas tant limitées.

A l'examen, on observe une hygiène corporelle et vestimentaire correcte, une relation adéquate, mais marquée par une grande appréhension, une fatigabilité modérée, une anxiété importante, une humeur modérément triste, une baisse de l'envie, un léger abattement, un discours parfois peu précis, quelques troubles de la mémoire et quelques traits de personnalité émotionnellement labile.

Les éléments dépressifs observés ne sont pas suffisamment sévères pour justifier un diagnostic de d'épisode dépressif, même léger. Ils sont compatibles avec une dysthymie.

L'anxiété observée n'est pas sévère et est à mettre sur le compte de l'évaluation psychiatrique.

Les traits de personnalité observés sont compatibles avec le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif.

*En conclusion*, Monsieur F. \_\_\_\_\_ présente un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif depuis l'âge de 17 ans. Ce trouble a un impact sur la capacité à entretenir des relations durable[s]. Pour exemple, la difficulté à faire un suivi spécialisé et à travailler chez un même employeur sur une longue durée. Après un contrat de deux ans, il a toujours travaillé avec des contrats temporaires dans lesquels il a, probablement, pu mieux accepter le stress et les contacts relationnels. Ce trouble entraîne des limitations fonctionnelles, à savoir un domaine d'activité sans responsabilité, avec peu de stress et des contacts relationnels limités.

Il présente une dysthymie apparue, probablement, après l'épisode dépressif de 2004, qui n'entraîne aucune limitation ni d'incapacité de travail.

Il n'y a pas d'argument pour retenir un trouble panique.

Il existe enfin des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples (cocaïne, benzodiazépines), syndrome de dépendance, utilisation continue et aux opiacés, actuellement suit un régime de substitution. La toxicomanie est secondaire car elle débute sur un terrain anxieux et dans un contexte de carence affective. Elle ne cause pas d'atteinte organique. Les benzodiazépines, aux doses prises peuvent expliquer la fatigue et les troubles neurocognitifs rapportés par Monsieur F. \_\_\_\_\_. La diminution, puis l'arrêt de ces benzodiazépines devraient, dans le cadre d'un suivi spécialisé, faire disparaître les quelques troubles de la mémoire et la fatigue. La toxicomanie n'entraîne aucune limitation fonctionnelle ou incapacité de travail.

Dans une activité adaptée, tenant compte des limitations dues au trouble de la personnalité, la capacité de travail psychique est de 100%, sans baisse de rendement.

## 7. Réponses aux questions de l'Assurance[-]Invalidité

### A. Questions cliniques

[...]

#### 4. Diagnostics (si possible selon classification ICD- 10)

##### 4. 1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?

- Lombalgies sur discopathie sévère L5-S1 (M518) présent dès octobre 2009.
- Status après abcès épidual antérieur de S1 (G06.2) (octobre 2009).
- Insuffisance veineuse chronique avec claudication à l'effort bilatéral (I87.2.)
- Trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif depuis l'âge de 17 ans F60.30

#### *4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?*

- Hépatite C chronique (dès 1993)[.]
- Ancienne hépatite B (1993).
- Status après excision d'un abcès sous-mandibulaire, rétraction tendineuse des fléchisseurs du médus gauche ; status après phlegmon de la main gauche (2006).
- Status après ténosynovite purulente des tendons extenseurs du pied gauche (2008).
- Infection HIV stade A2.
- Dysthymie depuis 2004 F34.1
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples (cocaïne, benzodiazépines), syndrome de dépendance, utilisation continue depuis 2004 F19.25
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, actuellement abstinent depuis 2004, suit un régime de substitution, débutée depuis l'âge de 19 ans F11.22
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, actuellement abstinent depuis l'âge de 25 ans, débutée depuis l'âge de 17 ans F12.20

[...]

#### *B. Influences sur la capacité de travail*

##### *1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés*

###### *Sur le plan physique*

Périmètre de marche limité à 30 minutes.

L'utilisation d'escaliers, d'échelles ou autres qu'occasionnelle n'est pas possible.

Port de charges limité à 15 kg de manière occasionnelle.

Pas de travail en flexion antérieure du tronc, en port[e-]à[-]faux.

Pas de travail nécessitant la position statique prolongée au-delà de 30 minutes en position debout ou une heure en position assise.

Pas de travail requérant une flexion antérieure du tronc autre qu'occasionnelle.

###### *Sur le plan psychique et mental*

Activité sans responsabilité, avec peu de stress, contacts relationnels limités.

###### *Sur le plan social*

Aucun.

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

###### *2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?*

L'activité de plâtrier-peintre n'est plus exigible.

###### *2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail*

Capacité nulle.

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

Non.

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

---

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

Difficilement évaluable avant 2009, certainement à 100 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009 jusqu'à actuellement.

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

Resté à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2009.

[...]

### *C. Influences sur la réadaptation professionnelle*

[...]

### *3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré (e) ?*

Oui.

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 ?*

Respect des limitations décrites.

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

Sur le plan somatique, 50 %, immédiatement.

Sur le plan psychique, 100%, immédiatement.

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

Non.

[...]"

Par avis du 29 juillet 2010, les Dresses C. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, du SMR, ont repris les conclusions de l'expertise précitée.

Lors d'un entretien d'évaluation du 9 septembre 2010, l'assuré s'est vu proposer par l'OAI «une mesure d'évaluation 69 RAI». Après y avoir acquiescé dans un premier temps, l'assuré a dans un second temps refusé toute mesure, avant de changer d'avis quelques jours plus tard. Cela étant, par télécopie du 18 janvier 2011, le Centre Orif de Q.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assuré avait visité son atelier d'intégration professionnelle le jour même, qu'il s'était montré intéressé durant la visite puis que son comportement avait changé lors de l'entretien final avec la répondante sociale : l'intéressé, au bord des larmes, avait alors déclaré ne pas pouvoir s'imaginer en stage pendant trois mois avec toutes les contraintes que cela représenterait. Dans ces conditions, le centre a préavisé négativement la mise en œuvre d'un stage.

Par rapport du 18 mai 2011 adressé à l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_ a exposé qu'un contrôle chez le Dr S.\_\_\_\_\_ avait montré une baisse des lymphocytes CD4 confirmée lors d'un contrôle subséquent, indiquant l'introduction d'une trithérapie. Il a ajouté qu'à ce jour, l'assuré n'avait pas commencé ce traitement vis-à-vis duquel il avait un comportement ambivalent, craignant une aggravation de son infection VIH et redoutant au même temps les effets secondaires d'une trithérapie. Eu égard aux troubles liés à la polytoxicomanie active et à sa connaissance du patient, le Dr K.\_\_\_\_\_ a estimé que ce dernier était incapable d'une activité professionnelle suivie, même adaptée; il a cependant conclu, se référant à l'expertise du Centre P.\_\_\_\_\_, à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Pour le reste, ce médecin a signalé des troubles incapacitants superposables à ceux retenus par les experts du Centre P.\_\_\_\_\_, tout en y ajoutant le diagnostic de toxicomanie active aux benzodiazépines et à la cocaïne en injections intraveineuses depuis 1990; il a en revanche précisé que l'infection VIH stade A2 avec baisse des CD4 et augmentation de la virémie depuis janvier 2011 n'était pas incapacitante. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a maintenu que l'incapacité de travail dans l'activité de peintre était totale depuis 2006. Il a par ailleurs considéré que, dans un poste adapté, il faudrait éviter les activités uniquement en position assise, debout ou principalement en marchant ainsi que les activités nécessitant de se pencher ou de travailler avec les bras au-

dessus de la tête, accroupi ou à genoux, ou de monter sur une échelle ou un échafaudage. Il a ajouté que les activités exercées dans différentes positions et celles requérant une rotation en position assise/en position debout étaient exigibles à raison de 4 à 6 heures par jour (soit entre 50 et 60%), et que le port de charge était limité à 15 kg de manière occasionnelle. Il a précisé que la capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi que la résistance étaient réduites sous l'effet des stupéfiants. A son compte-rendu, le Dr K. \_\_\_\_\_ a joint les rapports établis les 4 février et 1<sup>er</sup> avril 2011 par le Dr S. \_\_\_\_\_ concernant la diminution du taux de CD4 et l'indication à un traitement antirétroviral.

Après avoir pris connaissance du rapport précité, le Dr H. \_\_\_\_\_ du SMR a considéré, par avis médical du 25 mai 2011, que la capacité de travail dans une activité adaptée était toujours de 50%.

Aux termes d'un rapport final du 22 juin 2011, la Division de réadaptation de l'OAI a considéré qu'au vu de la situation et même si la toxicomanie de l'assuré ne répondait pas aux critères de l'AI, il n'était de toute évidence pas possible de penser à une réadaptation pour ce dernier. Elle a par ailleurs indiqué que le revenu sans invalidité avait été fixé à 61'876 fr. compte tenu des données de l'Enquête suisse sur l'évolution des salaires (ESS), l'intéressé n'ayant plus travaillé depuis 2005 et n'ayant pas mis en valeur son CFC de peintre en bâtiment. Selon le calcul du salaire exigible établi le même jour, le revenu sans invalidité était arrêté à 30'938 fr. également sur la base de l'ESS.

Par communication du 28 juin 2011, l'OAI a informé l'intéressé qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible.

Toujours le 28 juin 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2010, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%. L'office a relevé que l'intéressé présentait une capacité de travail considérablement restreinte depuis octobre 2009 (date marquant le début du délai d'attente

d'une année), qu'il n'était plus à même d'exercer son activité habituelle de peintre, mais qu'il conservait en revanche une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, par exemple une activité industrielle légère, et ce dès février 2010. Procédant à l'évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré, l'OAI a exposé que la comparaison des revenus sans et avec invalidité (de respectivement 61'876 fr. 57 et 30'938 fr.) mettait en évidence une perte de gain 30'938 fr. 37, équivalant à un degré d'invalidité de 50% et ouvrant le droit à une demi-rente.

Par écrit du 22 juillet 2011, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité, se prévalant d'un degré d'invalidité supérieur à 50% et contestant l'«*expertise psychologique*» à laquelle il avait été soumis. Il a également allégué que son état de santé s'était aggravé.

Désormais représenté par son mandataire, l'assuré a complété ses objections par acte du 28 octobre 2011. Il a fait valoir que les experts du Centre P.\_\_\_\_\_ avaient écarté à tort l'influence des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de substances psychotropes, et a ajouté qu'un élément nouveau n'avait pas été pris en compte, à savoir la diminution du taux de CD4 constatée en 2011 par le Dr S.\_\_\_\_\_. Sur le plan économique, l'assuré a soutenu que le revenu sans invalidité devait être calculé non pas en fonction de l'ESS mais sur la base du dernier salaire effectivement réalisé en 2005 en tant que peintre en bâtiment. Il a relevé que l'OAI n'avait du reste pas mentionné d'exemples de métiers exigibles et que l'on pouvait ainsi se demander dans quel type d'activité adaptée il pourrait faire usage de sa capacité résiduelle de travail et de gain.

Dans un rapport complémentaire du 2 décembre 2011 à l'attention de l'OAI, le Dr S.\_\_\_\_\_ a exposé qu'un traitement antirétroviral avait été introduit le 29 septembre 2011 en raison d'une baisse du taux de CD4, que pour le moment la médication était bien tolérée et que, pour le surplus, l'état de santé de l'assuré demeurait

inchangé s'agissant de l'hépatite C, des troubles de la personnalité et de la toxicomanie. A titre de limitations fonctionnelles, il a signalé des «[t]roubles de la personnalité avec phobie sociale, difficultés à s'intégrer, etc.». Il a estimé que la capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée était de 50% compte tenu des troubles de la personnalité; étant infectiologue et pas psychiatre, il a néanmoins préconisé une expertise psychiatrique. Sur un questionnaire annexe, le Dr S.\_\_\_\_\_ a précisé que seuls les travaux uniquement en position debout étaient contre-indiqués dans le cadre d'une activité adaptée. Il a ajouté que la capacité de concentration et d'adaptation ainsi que la résistance de l'assuré étaient limitées, ce dernier étant rapidement fatigué et incapable de s'intégrer dans une équipe de travail.

Le 29 décembre 2011, le Dr K.\_\_\_\_\_ a à son tour établi un rapport complémentaire destiné à l'OAI. Il a indiqué que l'état de santé était stationnaire, que la compliance était acceptable s'agissant de la trithérapie initiée en septembre et que, pour l'assuré, seule une prise en charge à bas seuil permettait de maintenir un contact et un suivi médical minimal, l'intéressé ne montrant par ailleurs aucune motivation pour un suivi spécialisé en vue d'un arrêt éventuel des benzodiazépines. Outre les limitations fonctionnelles liées à la dépendance aux benzodiazépines, le Dr K.\_\_\_\_\_ a mentionné des restrictions en lien avec le syndrome post-thrombotique des membres inférieurs, avec un périmètre de marche limité à 30 minutes. Il a ajouté que du fait des lombalgies résiduelles après abcès lombaire, l'utilisation d'escaliers ou d'échelles n'était pas possible. Le port de charges était en outre limité à 15 kg de manière occasionnelle et l'assuré ne pouvait travailler en flexion antérieure du tronc ni garder une position statique prolongée au-delà de 30 minutes en position debout ou 60 minutes en position assise. Cela étant, le Dr K.\_\_\_\_\_ a observé qu'il ne pouvait concevoir que l'assuré soit capable de travailler de manière régulière dans un cadre professionnel quelconque en raison de son instabilité psychique. Dans un formulaire annexe, ce médecin a encore précisé qu'il y avait lieu d'éviter les activités uniquement en position assise ou debout de même que les activités exercées principalement en marchant, accroupi, à genoux, en rotation en position assise/en position

debout ainsi que celles nécessitant de monter sur une échelle ou un échafaudage ou de soulever ou porter. De surcroît, la capacité de concentration et d'adaptation ainsi que la résistance de l'assuré étaient limitées.

Par avis médical du 25 janvier 2012, les Drs T.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, du SMR, ont retenu que le rapport du 2 décembre 2011 du Dr S.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément nouveau en tant qu'il confirmait la capacité de travail de 50% nonobstant l'introduction de la trithérapie en septembre 2011. Le compte-rendu du Dr K.\_\_\_\_\_ du 29 décembre 2011 mentionnait, quant à lui, un état de santé stationnaire et des limitations compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée telle que retenue par le SMR sur la base de l'expertise médicale de juin 2010. Aussi n'y avait-il ni aggravation ni fait nouveau susceptible de modifier les conclusions de ce service.

Il est ressorti d'un avis du 19 mars 2012 d'un juriste de l'OAI qu'il convenait, sur le plan médical, de se référer à l'avis SMR du 25 janvier 2012. C'était de surcroît à tort que l'assuré reprochait aux experts du Centre P.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir tenu compte de l'influence des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives; en effet, les experts avaient estimé qu'une activité simple et sans responsabilité serait possible malgré «*les quelques troubles de la mémoire et la fatigue*» constatés et que ces troubles seraient en outre réversibles en cas d'arrêt de la consommation. Il était par ailleurs observé que les experts ne retenaient pas d'incapacité de travail de longue durée en lien avec la pathologie psychiatrique, qu'ils attribuaient l'incapacité de travail de longue durée aux affections somatiques, avec début en octobre 2009 (époque à laquelle l'atteinte lombaire s'était ajoutée à la problématique veineuse), et qu'ils s'étaient à cet égard sciemment écartés de l'opinion des médecins traitants. Aussi y avait-il lieu de fixer le début de l'incapacité de travail ininterrompue au mois d'octobre 2009. Concernant la toxicomanie, il était souligné que la dépendance secondaire à des troubles psychiques, telle qu'évoquée par les experts, devait s'entendre au sens médical et non au sens de l'Al - la dépendance n'ayant en

l'espèce pas été induite par une attente à la santé invalidante. Sous l'angle économique, le revenu sans invalidité devait être calculé en fonction du revenu réalisable dans la formation de peintre en bâtiment, sur la base des montants prévus par la convention collective de travail (CCT) en la matière ou, à défaut, sur les statistiques de la branche; en revanche, le dernier salaire touché en 2005 ne pouvait être pris en considération puisque s'inscrivant dans le cadre d'une mission temporaire de courte durée. Le recours à l'ESS était par contre justifié s'agissant du revenu d'invalidé, mais avec un abattement supplémentaire pour tenir compte du taux de travail partiel ainsi que des limitations fonctionnelles somatiques et psychiques. Il convenait enfin de fournir quelques exemples d'activités adaptées aux dites limitations.

Selon le détail du calcul du salaire exigible établi le 11 avril 2012, le revenu d'invalidé était arrêté à 25'994 fr. 90 sur la base des données statistiques de l'ESS, compte tenu d'un abattement de 15% en lien avec les limitations fonctionnelles et le taux d'occupation de l'assurée. Quant au revenu sans atteinte à la santé, il était fixé à 61'836 fr. sur la base de la CCT applicable et des informations fournies le jour même par la Commission professionnelle paritaire du second œuvre vaudois. Divers exemples d'activités adaptées étaient en outre mentionnés, soit ouvrier microtechnique, logisticien de petites pièces détachées, ou opérateur dans le secteur de l'horlogerie.

Par correspondance du 24 mai 2012, l'OAI a communiqué à l'assuré les conclusions de l'avis juriste du 19 mars 2012 ainsi que du détail du calcul du salaire exigible du 11 avril 2012. Relevant qu'il résultait de ces éléments un taux d'invalidité de 57,96% ouvrant le droit à une demi-rente AI, l'office a dès lors maintenu sa position, sous réserve du nouveau calcul du préjudice économique, et a informé l'assuré qu'il recevrait prochainement une décision formelle d'octroi de demi-rente, sujette à recours.

En date du 29 mai 2012, l'OAI a reconnu à l'intéressé un droit à une aide au placement sous forme d'une orientation professionnelle et

d'un soutien dans ses recherches d'emploi. L'assuré y a renoncé par écrit du 7 juin 2012, s'estimant incapable d'entrer dans une démarche de réinsertion.

Par décision du 18 juin 2012, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012. La motivation de cette décision reprenait en substance celle du projet du 28 juin 2011, à cela près que le taux d'invalidité était fixé à 57,96% sur la base d'un gain de valide de 61'836 fr. et d'un revenu avec invalidité de 25'995 fr.

Le 16 juillet 2012, l'OAI a rendu une décision octroyant à l'assuré une demi-rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2010 au 30 juin 2012.

**B.** Agissant par l'entremise de son mandataire, F.\_\_\_\_\_ a recouru le 20 juillet 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision de l'OAI du 18 juin 2012, concluant à l'annulation de celle-ci et à la constatation de son droit aux prestations, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recourant sollicite en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire limité aux frais de justice. Sur le fond, il conteste l'expertise médicale réalisée au Centre P.\_\_\_\_\_. En particulier, il estime que les experts ont fait fi de ses troubles veineux et infectieux pour conclure «*de manière totalement incompréhensible*» à l'absence d'atteinte organique induite par sa toxicomanie, addiction qui s'est du reste vu qualifiée de secondaire mais dont toute influence sur la capacité de travail a paradoxalement été niée. Il soutient de surcroît que c'est à tort que les experts ont réfuté le caractère incapacitant des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de substances psychoactives, en considérant que les problèmes cognitifs y relatifs seraient réversibles dans le cadre d'un suivi spécialisé. En effet, ces mêmes experts ont admis que les relations durables telles un suivi spécialisé étaient difficiles en raison du trouble de la personnalité - affection dont l'interaction avec la toxicodépendance n'a au demeurant

pas été examinée. Il allègue également que les conclusions de l'expertise sont obsolètes, dès lors que la progression de l'infection VIH observée le 1<sup>er</sup> avril 2011 par le Dr S.\_\_\_\_\_ a eu pour effet d'augmenter ses troubles anxieux. Sous un autre angle, le recourant considère que le revenu sans invalidité doit être calculé en fonction du dernier salaire réalisé en 2005 et correspond, après indexation, à un montant de 75'493 fr. 05. A titre subsidiaire, il fait valoir que le revenu de valide est en tous les cas supérieur à celui retenu par l'intimé que ce soit sur la base de la CCT idoine (66'300 fr. [CFC avec trois ans d'activité]), de l'ESS (74'861 fr.) ou du calculateur «*Salarium*» (74'172 fr.). Il conteste en outre pouvoir mettre à profit sa capacité résiduelle de travail dans le cadre d'une activité adaptée et, de ce fait, estime être en droit de prétendre à une rente entière de l'AI dès le 1<sup>er</sup> décembre 2006 – le début de l'incapacité durable de travail devant, selon lui, être fixé au mois de décembre 2005 tel que mentionné par le Dr S.\_\_\_\_\_. Enfin, le recourant produit un onglet de pièces se rapportant notamment au calcul du revenu sans invalidité selon la CCT romande du second œuvre, l'ESS ou le calculateur «*Salarium*».

Par décision du 13 septembre 2012, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire limité à l'exonération des frais de procédure, avec effet au 19 juillet 2012.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 10 octobre 2012, renvoyant pour l'essentiel à ses précédentes prises de position.

Par réplique du 27 novembre 2012, le recourant a maintenu ses précédents motifs et conclusions.

Se déterminant le 17 décembre 2012, l'intimé a confirmé sa position.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans

son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (cf. ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées; cf. Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in *Mélanges en l'honneur de Pierre Moor*, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (cf. ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine; cf. Meyer/von Zwehl, *op. cit.*, p. 443 ss.).

**b)** Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie des rentes d'invalidité temporaires ou échelonnées, il règle de ce fait un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application, *mutatis mutandis*, de la procédure de révision des art. 17 LPGA et 88 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201). Mais il n'en demeure pas moins que c'est le droit à la rente qui forme l'objet du litige dans cette situation.

Si l'assuré ne conteste dans son recours que certains aspects d'un tel prononcé, cela ne signifie pas pour autant que les autres éléments non contestés acquièrent force de chose jugée et sont soustraits à l'examen du juge (cf. ATF 122 V 351 consid. 4). Cela découle également des règles de droit matériel applicables quant à l'examen de cette

question au fond puisque, selon la jurisprudence rendue en la matière (cf. ATF 109 V 125), il importe d'établir l'existence d'un changement important des circonstances propre à justifier le prononcé de rentes échelonnées ou limitées dans le temps. Or, un tel examen ne peut intervenir qu'à la faveur d'une comparaison entre les différents états de faits successifs (cf. ATF 125 V 413 cité; cf. TF 9C\_394/2010 du 24 février 2011 consid. 3; TFA I 299/03 du 29 juin 2004 consid. 5.1).

**c)** En l'espèce, dans le projet de décision du 28 juin 2011, l'intimé a annoncé à l'assuré son intention de lui allouer une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2010, fondée sur un taux d'invalidité de 50%. Le recourant a contesté ce projet, mais l'intimé a maintenu son point de vue sous réserve de certains éléments du calcul du taux d'invalidité. L'office a toutefois rendu deux décisions séparées pour allouer à l'assuré une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012 (décision du 18 juin 2012) et une demi-rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2010 au 30 juin 2012 (décision du 16 juillet 2012). L'assuré n'a formellement recouru que contre la première de ces décisions.

Il convient néanmoins d'admettre que l'OAI ne pouvait pas statuer, dans la première décision du 18 juin 2012, sur le droit à la rente pour la période dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012 sans avoir préalablement fixé le droit aux prestations pour la période antérieure. Le fait qu'il n'ait formellement statué sur ce droit, pour la période courant jusqu'au 30 juin 2012, que le 16 juillet 2012 ne constitue qu'une circonstance liée au délai de calcul des montants concrètement alloués à titre rétroactif. Il n'en demeure pas moins que l'intimé était au clair, lorsqu'il a alloué une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012, sur le fait qu'il allouerait une même prestation pour la période antérieure, en l'absence de toute modification des circonstances justifiant l'allocation de prestations différentes. Cela ressort d'ailleurs du projet de décision communiqué à l'assuré le 28 juin 2011. Dans ces circonstances, l'absence de recours formel contre la décision du 16 juillet 2012 ne dispense pas le tribunal d'examiner le droit aux prestations pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> juillet 2012, étant toutefois admis, en l'absence de grief soulevé par le recourant, que le tribunal peut limiter son

examen aux aspects qui paraissent poser clairement problème au regard du dossier et des allégations des parties.

**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 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; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

En vertu de l'art. 29 al. 1 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<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré.

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - donc pas comme des

affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c; cf. TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

**c)** Quant à la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, la jurisprudence considère qu'elle 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 (cf. ATF 124 V 265 consid. 3c).

La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale, incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique (cf. TF 9C\_706/2012 du 1<sup>er</sup> juillet 2013 consid. 3.2). Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors

être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. TFA I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités; cf. également TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

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. TF 9C\_395/2007 précité consid. 2.4). Lorsqu'une toxicodépendance n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, on emploie parfois la terminologie d'affection "primaire", qui n'est pas constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale (cf. TF 9C\_219/2007 du 3 avril 2008 consid. 3).

**d)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2; cf. TF 8C\_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 ce qui concerne 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 médicales 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). Quant aux 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**4** En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant présente des troubles tant somatiques que psychiques, ainsi qu'une toxicodépendance.

Se fondant sur le rapport d'expertise du 28 juin 2010 des Drs B.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, du Centre P.\_\_\_\_\_, l'OAI a retenu que si l'assuré ne pouvait plus exercer son activité habituelle de peintre en bâtiment compte tenu de son état de santé, il conservait en revanche une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée.

L'intéressé, pour sa part, a critiqué cette appréciation en faisant essentiellement valoir que l'impact de ses troubles psychiques et de sa toxicomanie sur sa capacité de travail avait été mésestimé.

**a)** En tant que tel, l'aspect somatique n'a pas été mis en cause par les parties.

On rappellera néanmoins que les experts du Centre P.\_\_\_\_\_ ont retenu des atteintes incapacitantes sous forme de lombalgies sur discopathies sévères L5-S1 dès octobre 2009, de status après abcès

épidural antérieur de S1 remontant à octobre 2009 et d'insuffisance veineuse chronique avec claudication à l'effort bilatéral. Concernant les limitations fonctionnelles induites par ces atteintes, ils ont précisé que le périmètre de marche était limité à 30 minutes, que l'utilisation d'escaliers ou d'échelles ne pouvait être qu'occasionnelle, que le port de charge était limité à 15 kg de manière occasionnelle et qu'il y avait lieu d'éviter le travail en flexion antérieure du tronc, en porte-à-faux ou dans une position statique prolongée au-delà de 30 minutes debout et d'une heure assis (cf. rapport d'expertise du 28 juin 2010 pp. 19 et 20). Cela étant, les experts ont estimé que l'activité de plâtrier-peintre était inexigible compte tenu des limitations précitées et que dans une activité adaptée, respectant ces mêmes limitations, la capacité de travail - nulle d'octobre 2009 à janvier 2010 - n'excédait pas 50% depuis le 1<sup>er</sup> février 2010 (cf. ibid. pp. 16 et 17). Ces conclusions, rédigées de manière claire et convaincante, ont été reprises par le SMR (cf. en particulier avis médical du 29 juillet 2010). Quant aux Drs S.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, médecins traitants de l'assuré, ils n'ont évoqué aucun élément justifiant de s'en écarter; on notera en particulier qu'ils ont évoqué des restrictions physiques essentiellement superposables à celles retenues par les experts du Centre P.\_\_\_\_\_, et ce même après la diminution du taux de CD4 constatée au printemps 2011 et l'introduction d'une trithérapie en septembre 2011 - élément auquel ils n'ont reconnu aucun caractère incapacitant (cf. en particulier rapports du Dr S.\_\_\_\_\_ du 2 décembre 2011 et du Dr K.\_\_\_\_\_ des 28 mai et 29 décembre 2011).

En ce sens, on peut donc retenir que, d'un point de vue strictement somatique, les conclusions du rapport d'expertise du 28 juin 2010 peuvent être suivies.

**b)** Tel n'est en revanche pas le cas s'agissant de l'aspect psychique.

Les experts du Centre P.\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, depuis l'âge de 17 ans. Ils ont

ajouté que ce trouble avait un impact sur la capacité du recourant à entretenir des relations durables - s'illustrant notamment par la difficulté à se plier à un suivi spécialisé ou à travailler chez un même employeur pour une longue durée - et ont indiqué, à titre de limitation fonctionnelle, qu'il y avait lieu de privilégier un domaine d'activité sans responsabilité, avec peu de stress et des contacts relationnels limités. Cela étant, ils ont retenu que dans une activité adaptée, tenant compte des limitations dues au trouble de la personnalité, la capacité de travail sous l'angle psychique était de 100%, sans baisse de rendement (cf. rapport d'expertise du 28 juin 2010 pp. 17 à 19).

Si le caractère incapacitant du trouble de la personnalité a certes été reconnu par les experts, le doute persiste cependant quant à l'ampleur des répercussions de ce trouble sur la capacité de travail du recourant. D'une part, l'expertise ne comporte aucune évaluation claire de la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle compte tenu de l'affection psychique en question. D'autre part, on peut s'interroger sur la pleine exigibilité retenue dans une activité adaptée, soit une activité sans responsabilités ni stress et avec peu de contacts relationnels. En effet, les experts n'ont pas explicité en quoi de telles restrictions pourraient permettre au recourant d'outrepasser ses difficultés à assumer des engagements durables, notamment sous l'angle professionnel. On ignore en d'autres termes si, compte tenu du dysfonctionnement relationnel engendré par le trouble de la personnalité, l'assuré dispose de ressources suffisantes pour répondre aux exigences d'un employeur potentiel. Sur ce point, il est significatif de relever que par le passé, c'est la conclusion de contrats de travail temporaires qui a probablement aidé l'intéressé à mieux accepter le stress et les contacts relationnels (cf. rapport d'expertise du 28 juin 2010 p. 17). A cela s'ajoute que le Dr S.\_\_\_\_\_, infectiologue, a fixé à 50% l'incapacité de travail découlant du trouble de la personnalité, «avec *phobie sociale, difficultés à s'intégrer, etc.*» (cf. rapport du 2 décembre 2011 [lequel diffère donc des conclusions des experts en tant qu'il attribue l'incapacité de travail au trouble psychique et non aux atteintes somatiques, contrairement à ce qu'a retenu le SMR dans son avis du 25 janvier 2012]). Enfin, le Dr K.\_\_\_\_\_,

médecin généraliste traitant, a fait état de difficultés à se conformer à un cadre et à un horaire (cf. rapport du 11 février 2009) et a retenu que l'assuré était totalement incapable d'avoir une activité professionnelle suivie même adaptée (cf. rapport du 18 mai 2011), respectivement de travailler dans un cadre professionnel de manière régulière en raison de son instabilité psychique (cf. rapport du 29 décembre 2011). Or, bien qu'ils constituent autant d'indices mettant en doute l'aptitude du recourant à assumer en plein et sur la durée une activité professionnelle même avec peu de contraintes et exécutée de manière isolée, ces éléments n'ont jusqu'ici fait l'objet d'aucune analyse approfondie. Pour ces différents motifs, l'appréciation des experts du Centre P. \_\_\_\_\_ s'avère incomplète et ne permet donc pas de se prononcer en toute connaissance de cause.

Il découle de ce qui précède que, du point de vue psychique, l'expertise du Centre P. \_\_\_\_\_ n'est pas concluante.

**c)** Le doute subsiste également en ce qui concerne les causes et conséquences de la toxicodépendance du recourant.

**aa)** A cet égard, s'agissant de l'origine de la toxicomanie, les experts ont retenu qu'elle était secondaire car survenue dans un contexte d'anxiété et de carence affective (cf. rapport d'expertise du 28 juin 2010 p. 17), l'intéressé ayant plus particulièrement commencé à consommer du cannabis à l'âge de 17 ans afin d'essayer de contrôler ses symptômes anxieux - présentant alors un probable trouble anxieux dont il était toutefois difficile d'être certain a posteriori - avant de basculer dans la consommation de drogues dites "dures" (héroïne, cocaïne) mais également de benzodiazépines pour la gestion de son anxiété (cf. ibid. p. 15 s.).

Sur cette base, on peut admettre - au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en matière d'assurances sociales et nonobstant le manque de certitude lié à l'écoulement du temps - que c'est un trouble anxieux qui a conduit l'assuré à consommer des stupéfiants. Or, l'expertise du Centre P. \_\_\_\_\_ ne contient aucun examen

de l'évolution de ce trouble, notamment sous l'angle de son degré de gravité intrinsèque et de son importance dans le développement et la fixation de l'addiction. Tout au plus trouve-t-on des indices témoignant de la persistance d'une composante anxieuse, à savoir en particulier que l'assuré s'est plaint d'une anxiété variable à l'anamnèse orientée (cf. *ibid.* pp. 9 et 17) et qu'une importante anxiété a pu être constatée lors de l'expertise (cf. *ibid.* pp. 14 et 17). Ces éléments ont toutefois été analysés de manière particulièrement superficielle par les experts, ceux-ci s'étant contentés d'affirmer, sans aucune explication, que l'anxiété observée n'était en définitive pas sévère et devait être mise sur le compte de l'évaluation psychiatrique (cf. *ibid.* p. 17). Cela étant, on peine à saisir le raisonnement des médecins du Centre P.\_\_\_\_\_, dont l'appréciation pour le moins elliptique et dépourvue de motivation ne saurait en tous les cas suffire pour exclure l'existence d'un trouble anxieux susceptible de relever de l'AI. Au surplus, on n'est pas non plus renseigné sur le point de savoir si, comme le soutient le recourant (cf. mémoire de recours du 20 juillet 2012 p. 10), l'aggravation de l'infection VIH au printemps 2011 a eu pour effet d'augmenter les symptômes anxieux. En l'état du dossier, il n'est donc pas non plus possible de se prononcer valablement sur l'existence d'une toxicomanie secondaire à un trouble anxieux ayant valeur de maladie (cf. consid. 3c supra).

Au demeurant, on notera encore que les médecins du Centre P.\_\_\_\_\_ semblent exclure tout lien entre l'addiction du recourant et son trouble de la personnalité tel qu'évoqué plus haut (cf. consid. 4b supra). A la lecture de l'expertise, force est néanmoins de constater que les problèmes psychiques - non seulement à caractère anxieux mais également du point de vue de la personnalité - et addictifs du recourant sont survenus à la même époque, soit lorsqu'il était âgé de 17 ans. Compte tenu de cette simultanéité, les experts ne pouvaient se passer d'aborder la question d'une éventuelle interdépendance entre ces différents éléments. Ils leur incombaient à tout le moins d'expliquer en quoi ils réfutaient un tel lien. Le fait que ce point n'ait été évoqué à aucun moment dans le cadre de l'expertise incite d'autant plus à considérer cette dernière comme incomplète.

**bb)** Concernant les conséquences de l'addiction, il ressort de l'expertise du Centre P.\_\_\_\_\_ que l'assuré a consommé de l'héroïne par voie intraveineuse durant plusieurs années puis qu'il a remplacé cette substance par de la cocaïne (cf. rapport d'expertise du 28 juin 2010 p. 7), absorbée par injection dans la veine fémorale gauche ou droite (cf. ibid. p. 10). Or, l'expertise montre également que les troubles veineux de l'assuré sont survenus à l'endroit de veino-ponctions itératives, respectivement en lien avec une infection chronique du pertuis de ponction, au niveau des veines fémorales précisément (cf. rapport d'expertise du 28 juin 2010 p. 15). Dans ces conditions, on ne peut suivre les experts lorsqu'ils affirment péremptoirement que la toxicomanie de l'assuré ne cause pas d'atteinte organique (cf. ibid. p. 17), alors même qu'il résulte clairement de l'expertise que la consommation de stupéfiants par voie intraveineuse a conduit à des troubles veineux invalidants (cf. consid. 4a supra), circonstance justifiant d'intégrer la dépendance de l'assuré à l'appréciation médicale (cf. consid. 3c supra). Sous cet angle, les conclusions de l'expertise sont donc également sérieusement discutables. En revanche, c'est en vain que le recourant reproche aux experts d'avoir fait fi des problèmes infectieux consécutifs à la toxicodépendance (cf. mémoire de recours du 20 juillet 2012 p. 8), ces troubles ne nuisant pas à la capacité de gain (cf. consid. 3c et 4a supra).

Par ailleurs, les experts ont également mis en évidence des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation continue de substances psychoactives multiples (cocaïne, benzodiazépines) avec syndrome de dépendance, ainsi qu'à l'utilisation d'opiacés avec syndrome de dépendance mais avec abstinence notamment sous régime de substitution (cf. rapport d'expertise du 28 juin 2010 p. 19). Ils ont précisé que les benzodiazépines, aux doses prises par l'assuré, pouvaient expliquer la fatigue ainsi que les troubles neurocognitifs rapportés par ce dernier, que la diminution puis l'arrêt de ces substances dans le cadre d'un suivi spécialisé devraient faire disparaître les quelques troubles de mémoire et la fatigue, et que la toxicomanie n'entraînait aucune limitation fonctionnelle ou incapacité de travail (cf. ibid. p. 17 s.). A l'examen de ces

éléments, on peine toutefois à savoir si les experts ont retenu que l'exercice d'une activité adaptée était exigible malgré les problèmes de mémoire et de fatigue au demeurant réversibles, comme le soutient l'OAI (cf. avis juriste du 19 mars 2012 p. 1), ou s'ils ont au contraire nié le caractère incapacitant des troubles en question au motif qu'ils étaient réversibles, comme le prétend le recourant (cf. mémoire de recours du 20 juillet 2012 p. 9 s.). Sur ce point, l'expertise manque donc de clarté. Tout au plus ajoutera-t-on encore que lorsqu'ils ont conclu au caractère réversible de la fatigue et des troubles neurocognitifs dans le cadre d'un suivi spécialisé, les experts ont de toute évidence oublié de prendre en compte que, du fait de son trouble de la personnalité, l'assuré éprouve des difficultés à entretenir des relations durables tel un suivi spécialisé (cf. ibid. p. 17), ainsi qu'il l'a lui-même relevé (cf. mémoire de recours du 20 juillet 2012 p. 9 s.); à ce propos, l'échec des deux tentatives de sevrage en institution, en 1997 et 1999, s'avère significatif (cf. rapport d'expertise du 28 juin 2010 pp. 7 et 16). En tant qu'ils ont fait abstraction de cet élément pour considérer comme réversibles les troubles liés à la consommation de benzodiazépines, les experts du Centre P.\_\_\_\_\_ n'ont donc pas tenu compte de l'ensemble des circonstances, de sorte que leur appréciation s'avère là aussi insatisfaisante.

**cc)** Cela étant, il apparaît que les causes et conséquences de la toxicomanie du recourant n'ont pas été examinées de manière satisfaisante dans le cadre de l'expertise du Centre P.\_\_\_\_\_. Quant aux rapports des médecins traitants, ils ne sont ici d'aucun secours dans la mesure où il ne sont pas suffisamment clairs et détaillés pour permettre au Tribunal de déterminer l'impact de l'addiction du recourant du point de vue de l'AI.

**d)** En résumé, si l'instruction menée par l'OAI échappe à la critique sur le plan strictement somatique, des lacunes subsistent en revanche en ce qui concerne non seulement les troubles psychiques du recourant mais également les causes ainsi que les conséquences – tant physiques que psychiques – de sa toxicodépendance. La Cour de céans n'est dès lors pas en mesure de trancher le litige à satisfaction de droit.

**5.** Compte tenu des carences dont souffre le dossier de la cause sur le plan médical, il ne saurait être question de procéder ici à l'examen du degré d'invalidité du recourant.

Le Tribunal ne peut en particulier se prononcer sur la question de la naissance du droit à la rente, contestée par les parties, compte tenu des incertitudes qui persistent s'agissant des troubles psychiques ainsi que de la toxicomanie du recourant. Tout au plus relèvera-t-on, au surplus, que c'est en vain que le recourant se prévaut d'une incapacité de travail durable remontant au mois de décembre 2005 pour en déduire un droit à la rente depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2006 (cf. mémoire de recours du 20 juillet 2012 p. 13); en effet, dès lors que l'assuré a déposé sa demande de prestations AI en novembre 2008, l'ouverture du droit à la rente ne pourra prendre naissance au plus tôt que dès le 1<sup>er</sup> mai 2009, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI (cf. consid. 3a supra).

Par surabondance, concernant le revenu sans invalidité, on notera qu'il doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; cf. TF 9C\_338/2013 du 14 août 2013 consid. 4.3). Toutefois, quoi qu'en dise le recourant, le salaire réalisé dans le cadre de son dernier emploi temporaire ne concerne qu'une durée de 3 mois - du 12 septembre au 13 décembre 2005 - dont on peut douter qu'elle permette de déterminer avec suffisamment de précision le revenu annuel concrètement réalisable sans atteinte à la santé, raison pour laquelle l'OAI a recouru aux données de la CCT idoine. Cela dit, l'office s'est contenté de mentionner un revenu sans invalidité de 61'836 fr. fondé sur cette CCT, sans expliquer le détail de son calcul. On relèvera dès lors qu'en tout état de cause, au vu de l'obtention d'un CFC en 1991 puis de la pratique de ce métier - certes, de manière décousue - jusqu'en 2005, l'OAI aurait à tout le moins dû calculer le gain de valide en se basant sur les chiffres de la CCT pour un peintre titulaire d'un CFC avec trois ans d'expérience, tel que

préconisé par le recourant (cf. mémoire de recours du 20 juillet 2012 p. 11).

Pour le surplus, les autres griefs invoqués par le recourant n'ont pas à être examinés dans la mesure où il s'impose préalablement de compléter l'état de fait.

**6. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis 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. 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 (cf. 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 (cf. 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 (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, il s'avère que le dossier de la cause présente des lacunes sur le plan médical, s'agissant plus particulièrement des troubles psychiques et de la toxicomanie de l'assuré. Compte tenu de ces carences, ni l'état de santé du recourant dans sa globalité, ni les

conséquences de son état de santé sur sa capacité de travail n'ont pu être établis à satisfaction de droit. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Dans ce contexte, il appartiendra à l'intimé de requérir un complément d'instruction auprès du Centre P.\_\_\_\_\_, voire, si cela ne devait pas être possible en raison de l'écoulement du temps, de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire en vue d'évaluer les troubles psychiques du recourant et d'éclaircir la nature et les conséquences de sa toxicomanie tant sur le plan somatique que psychiatrique. Sur cette base, il incombera ensuite à l'OAI, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit aux prestations de l'assuré.

**7. a)** Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter en l'occurrence à 1'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). A noter que, l'octroi de l'assistance judiciaire ayant été limité aux frais de justice sans désignation d'un avocat d'office, aucune indemnité n'est due à ce titre.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. Les décisions rendues les 18 juin et 16 juillet 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont annulées, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap, Service juridique (pour le recourant),
- 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).

La greffière :