

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 novembre 2016

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

Cause pendante entre :

W._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Laure-Anne Suter,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Ressortissant suisse, né le [...], W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), célibataire, sans enfants, est au bénéfice d'une formation de compositeur typographe inachevée. Après avoir œuvré dans ce domaine de 1984 à 1988, il a exercé divers emplois de brève durée en alternance avec des périodes de chômage. Dès le 4 mai 1992, il a travaillé au service de la Ville de G._____ en tant que conducteur de camions. L'assuré a démissionné de ce poste avec effet au 30 avril 1995, arguant qu'il souhaitait trouver une activité dans le domaine des arts graphiques. Il n'a plus travaillé par la suite et émerge depuis lors à l'aide sociale.

Le 30 mai 2000, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) tendant à l'octroi de diverses mesures d'ordre professionnel.

Procédant à l'instruction du dossier, l'office AI a recueilli divers renseignements sur la situation de l'assuré, en particulier sur le plan médical.

Dans un rapport du 11 décembre 2000 sur formulaire ad hoc, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, médecin traitant, a posé les diagnostics de dépendance à l'héroïne et à l'alcool avec sevrage terminé depuis plus de six mois ainsi qu'une hépatite B actuellement quiescente.

Par décision du 13 novembre 2002, l'office AI a dénié le droit de l'assuré aux mesures professionnelles sollicitées, au motif que les renseignements en sa possession ne mentionnaient aucune contre-indication à l'exercice des activités pratiquées jusqu'alors.

L'assuré n'ayant pas recouru contre cette décision, celle-ci est entrée en force.

B. Le 25 juillet 2010, l'assuré a été victime d'un accident ; ayant cherché à atteindre un objet placé en haut d'une armoire, il a perdu l'équilibre puis est tombé, ce qui a entraîné des lésions au pied droit.

En relation avec cette atteinte, il a présenté auprès de l'office AI une demande de financement de chaussures orthopédiques le 19 décembre 2011, étayée par un rapport du Dr K._____, chef de clinique adjoint au service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital X._____, du 6 septembre 2011. Celui-ci y posait le diagnostic d'arthrose post-traumatique du Lisfranc du pied droit et préconisait, avant toute intervention chirurgicale, le port de chaussures orthopédiques qui devaient permettre à l'assuré de regagner une mobilité à la marche correcte avec un minimum de douleur.

En date du 27 février 2012, l'office AI a rendu une décision formelle refusant à l'assuré la prise en charge de supports orthopédiques, motif pris que ces derniers ne constituaient pas « le complément important de mesures médicales allouées par l'assurance-invalidité ».

Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours de la part de l'assuré, si bien qu'elle est entrée en force.

C. Agissant par l'intermédiaire du Centre social régional de sa commune de domicile, l'assuré a déposé en date du 22 août 2012 auprès de l'office AI un formulaire de détection précoce en mentionnant des « fractures chronifiées de la cheville ».

Au terme de la procédure de détection précoce, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'office AI a dressé un rapport initial daté du 11 septembre 2012, dans lequel il faisait état de ses doutes quant à la volonté et aux capacités réelles de l'assuré de se réintégrer professionnellement compte tenu de ses problèmes de dépendance et son éloignement prolongé du marché du travail. Aussi a-t-il préconisé le dépôt

d'une demande de rente, laquelle a été reçue par l'office AI le 3 octobre 2012.

Par communication du 18 mars 2013, l'office AI a fait savoir à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible dès lors que des investigations médicales étaient encore en cours.

Dans un rapport du 3 juin 2013 à l'intention de l'office AI, le Dr T._____ a posé les diagnostics de fracture-luxation du Lisfranc avec atteinte ligamentaire entre le premier et le deuxième métatarsien aboutissant à une importante ostéo-arthropathie du Lisfranc prédominant sur les deuxième et troisième rayons ainsi qu'une ostéopénie inhomogène diffuse avec des altérations post-fracturaires séquellaires du cinquième métatarsien suite à une fracture. Il a ensuite brièvement résumé la situation médicale de l'assuré ensuite de l'accident du 25 juillet 2010. Ayant fait pratiquer un nouveau CT du pied en date du 2 octobre 2012, il constatait toujours des altérations dégénératives sévères de l'articulation du Lisfranc ainsi qu'un décrochement cortical de la surface articulaire de la base du quatrième métatarsien. En conclusion, le Dr T._____ estimait que l'état orthopédique de l'intéressé empêchait toute position debout prolongée et tous déplacements à pied. Dans l'impossibilité de se prononcer sur la capacité de travail, il suggérait la mise en œuvre d'une expertise orthopédique à cette fin.

Le Dr T._____ a annexé divers documents, dont un rapport médical du 6 juin 2011, dans lequel le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lui faisait part des résultats de sa consultation du 1^{er} juin précédent. Il y posait les diagnostics de status après fracture luxation du Lisfranc droit essentiellement au niveau du deuxième rayon, associée à une fracture oblique du cinquième métatarsien droit sur entorse du pied, survenue le 25 juillet 2010. Il a également retenu des douleurs résiduelles du Lisfranc droit mécaniques à la charge. Le Dr V._____ a indiqué que la marche se faisait sans boiterie, mais avec un angle du pas augmenté externe à droite et un mauvais déroulement du

médiotarse. Il ne préconisait pas une intervention chirurgicale dans l'immédiat, mais demandait la réalisation d'un CT-scan pour voir si le deuxième rayon luxé s'était arthrodésé spontanément. Dans cette hypothèse, il suggérait la prescription d'une chaussure orthopédique avec barre de déroulement antérieure et semelle rigide pour compenser une partie des inégalités du terrain.

A son rapport médical du 3 juin 2013, le Dr T._____ a joint un bref rapport du 5 janvier 2011 du Dr R._____, médecin-chef au service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital X._____, dans lequel ce dernier constatait que les radiographies du pied droit de l'assuré pratiquées le 28 décembre 2010 ne montraient pas de déplacement additionnel significatif par rapport aux clichés du 26 juillet 2010, ce qui relativisait l'urgence de réaliser un geste de stabilisation du médio-pied. Le Dr R._____ estimait de toute manière que l'état de santé de l'assuré lui faisait courir un trop grand risque en cas d'intervention chirurgicale.

Le Dr T._____ a aussi annexé à son rapport un compte-rendu du 17 juin 2011 faisant suite à un scanner de l'avant pied-droit de l'assuré, dans lequel le Dr P._____, spécialiste en radiologie, concluait à une « importante ostéo-arthropathie du Lisfranc, prédominant sur le 2^{ème} et le 3^{ème} rayon, sur un terrain de remaniement ostéopénique, inhomogène diffus et d'altérations post-fracturaires séquellaires touchant le 5^{ème} métatarse. »

Figurait encore dans le lot de pièces remis à l'office AI un rapport du 28 août 2012 du Dr H._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, adressé au Dr T._____. Ensuite d'un examen de l'assuré effectué le même jour, le Dr H._____ y posait le diagnostic d'arthrite des genoux d'origine goutteuse dans un contexte d'éthylisme chronique.

Le Dr T._____ a enfin produit un CT du pied, du 2 octobre 2012, dans lequel la Dresse E._____, spécialiste en radiologie, écrivait ce qui suit en guise de conclusion :

« Altérations dégénératives sévères de l'articulation tarso-métatarsienne, correspondant aux possibles séquelles d'une entorse du Lisfranc. Anciennes fractures consolidées de la diaphyse du 5^e métatarsien droit et de la base du 4^e métatarsien. Décrochement cortical de la surface articulaire de la base du 4^e métatarsien. »

Invité par le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) à se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, le Dr V. _____ a indiqué en date du 9 octobre 2013 qu'il ne l'avait vu qu'une seule fois, le 1^{er} juin 2011. Au vu de son examen et du résultat des investigations par scanner, il avait proposé d'adresser l'intéressé au Dr R. _____, spécialiste du pied, pour suite de la prise en charge. Il n'avait plus eu de nouvelles depuis lors.

Sur la base des renseignements médicaux recueillis, le Dr L. _____, médecin au SMR et spécialiste en chirurgie, a proposé par avis du 29 octobre 2013 la réalisation d'un examen orthopédique au SMR, dès lors qu'aucun des intervenants médicaux n'avait été en mesure de se prononcer sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail.

Confié au Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, cet examen a eu lieu le 20 janvier 2014. Dans son rapport du 31 janvier 2014, le Dr F. _____ a retenu les diagnostics incapacitants d'arthrose des articulations tarsométatarsiennes des rayons II, III et IV, de status après fracture luxation du Lisfranc à droite, de status après fracture diaphysaire du cinquième métatarsien à droite et de troubles dégénératifs débutants des deux genoux. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé le diagnostic de status après toxicomanie à l'héroïne actuellement sous substitution par méthadone, de consommation excessive d'alcool et de tabagisme chronique. S'agissant de la capacité de travail, le Dr F. _____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : travail sédentaire ou semi-sédentaire excluant le port de charges supérieures à 10 kg, de même que la marche en terrain irrégulier ainsi que la montée et descente d'escaliers à répétition. Selon ce médecin, ces limitations existaient depuis l'accident du 25 juillet 2010 et une capacité de travail de 100% dans une

activité adaptée était exigible deux mois après cet événement, soit à compter du 1^{er} octobre 2010.

Par avis médical du 12 février 2014, le SMR, sous la plume du Dr L._____, s'est rallié à cette évaluation.

Figurent encore au dossier les rapports d'hospitalisation suivants :

- un rapport du 30 octobre 2013 faisant suite à un séjour de l'assuré du 17 septembre 2013 au 3 octobre 2013 à Q._____, établissement rattaché au service de psychiatrie communautaire de l'Hôpital X._____. Les Drs D._____, chef de clinique, et J._____, médecin assistante, y signalaient que cette hospitalisation avait eu pour objectif de préserver l'assuré de toute consommation d'alcool, d'héroïne et de cocaïne dans un contexte douloureux chronique au niveau de son pied et du décès de sa mère survenu en 2010,

- un rapport du 14 février 2014 faisant suite à un nouveau séjour de l'assuré du 10 janvier 2014 au 27 janvier 2014 dans le même établissement, afin de le mettre à l'abri de toute consommation d'alcool, ceci dans un contexte de crise personnelle liée notamment aux difficultés de prise en charge somatique de l'altération dégénérative sévère des articulations terminales du pied droit. Le Dr I._____, chef de clinique adjoint, y posait les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool avec dipsomanie, syndrome de dépendance aux opiacés sous substitution par méthadone ainsi qu'un probable trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline.

Le 11 avril 2014, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui refuser l'octroi de toutes prestations (mesures professionnelles et rente). Se fondant sur le rapport d'examen clinique orthopédique du 31 janvier

2014, il a considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues par le Dr F._____. L'office AI a ensuite procédé à une comparaison des gains avec et sans invalidité sur la base des statistiques salariales. Au titre des limitations fonctionnelles, il a admis un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé, conduisant de fait à un degré d'invalidité du même taux.

Par courrier du 5 mai 2014, l'assuré a présenté des objections à l'encontre de ce projet, se prévalant de douleurs physiques, d'un suivi psychiatrique et d'un état dépressif.

L'assuré a ensuite produit au dossier un rapport médical du 4 juin 2014 du Dr N._____, chef de clinique au service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital X._____. Ce médecin y déclarait plus particulièrement qu'il était actuellement dans l'incapacité de se prononcer quant à la perte de rente et à l'invalidité, s'annonçant néanmoins à disposition pour revoir le patient avec le formulaire AI idoine.

L'assuré a également versé au dossier un rapport du 17 juin 2014 du Dr I._____ dans lequel celui-ci posait les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et de trouble schizotypique (F 21). Il s'est ensuite exprimé en ces termes à propos de la situation de l'assuré :

« Dans ce contexte, M. W._____ présente en effet une grande vulnérabilité à différents stressseurs, dont principalement à toute situation susceptible d'intensifier ses douleurs somatiques invalidantes et impliquant une composante relationnelle et sociale. Dans ces situations, il présente notamment une tendance à réagir sur un mode auto-agressif (idées suicidaires scénarisées d'autant plus inquiétantes qu'elles ne sont verbalisées qu'implicitement), accompagnées d'une symptomatologie psychotique avérée (outre une méfiance, une idéation persécutoire, des bizarreries de comportement et une tendance au retrait social ainsi qu'à la désorganisation psychique, le patient a déjà présenté des attitudes d'écoute et des idées délirantes de persécution plus franches en cas de décompensation suscitées par des épisodes de stress plus importants).

A préciser que M. W._____ n'a recours à l'alcool (env. 1.5 litres de bière par jour) que secondairement, c'est-à-dire comme « auto-

médication », afin de tenter d'apaiser des douleurs devenues intolérables et des angoisses désorganisantes liées à sa symptomatologie psychotique. »

Interpellé par l'office AI, le Dr I. _____ lui a transmis en date du 3 octobre 2014 un rapport médical sur formule ad hoc. Précisant assurer le traitement ambulatoire de l'assuré depuis 1996, il y retenait les mêmes diagnostics incapacitants que ceux figurant dans son rapport du 17 juin précédent. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool avec dipsomanie et de syndrome de dépendance aux opiacés, sous substitution de méthadone. Sous la rubrique « constat médical », le Dr I. _____ a indiqué ce qui suit :

« Patient faisant son âge, à la tenue hygiéno-vestimentaire correcte. Il est vigilant et orienté dans les 4 modes, légèrement tendu, mais collaborant. Le discours est dans l'ensemble cohérent, mais ralenti, digressif, circonstancié et empreint d'une tonalité persécutoire, associée à une interprétativité allant dans le même sens. Nous ne notons pas pour l'heure de désorganisation, ni d'autre symptôme floride de la lignée psychotique. La thymie est légèrement abaissée, avec aboulie et anhédonie partielles, perte d'estime de soi, perte d'élan vital, tendance au retrait social, ralentissement psychomoteur, troubles du sommeil, mais sans idéation suicidaire actuelle. Il recourt à l'alcool pour apaiser ses angoisses épisodiques, celles-ci pouvant être causées par de multiples contrariétés. La conscience de sa pathologie est partiellement conservée. »

Il s'est ensuite exprimé en ces termes s'agissant du pronostic :

« Compte tenu de la grande vulnérabilité psychique de M. W. _____, nous pensons qu'une activité professionnelle, même adaptée à ses handicaps, risque de mettre en péril l'équilibre fragile conquis jusqu'à présent. »

S'agissant des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes dans l'activité exercée, le Dr I. _____ a repris les termes de son rapport du 17 juin 2014 et considéré que l'assuré était incapable de reprendre l'exercice d'une activité professionnelle, même si celle-ci devait être adaptée à son état de santé.

Le 11 décembre 2014, le Dr I. _____ a confirmé au cours d'un entretien téléphonique avec une collaboratrice de l'office AI l'existence

d'une péjoration de l'état de santé physique de son patient et renvoyé l'administration à consulter à nouveau le service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital X._____ à ce sujet. La demande consécutive à cette information a débouché sur une nouvelle production du rapport du 4 juin 2014.

Dans un avis du 11 février 2015, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, a notamment mentionné que les « pratiques toxiques » de l'assuré avaient été prises en compte lors de l'instruction initiale de 2000 et retenues comme primaires, les séjours en milieu psychiatrique de 2013 et 2014 étant en lien avec des consommations abusives d'alcool, d'héroïne et/ou de cocaïne de telle sorte que l'on était toujours en présence de toxicomanie primaire. Il n'a pas discuté du trouble dépressif récurrent ni du trouble schizotypique diagnostiqués par le Dr I._____.

Sur cette base, l'office AI a rendu en date du 18 février 2015 une décision formelle de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité identique au projet de décision du 11 avril 2014 et maintenant son appréciation antérieure pour les atteintes somatiques. Cette décision était accompagnée d'une motivation écrite datée du même jour.

D. Par acte du 17 mars 2015, W._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision. Il expose en substance que sur le plan psychique, le problème invalidant primaire réside en un trouble schizotypique ainsi qu'un trouble dépressif récurrent et non pas un syndrome de dépendance. Il déclare par ailleurs que les rapports de l'établissement Q._____ ne sauraient être pris en considération pour l'évaluation de son état de santé psychique, dans la mesure où ils se rattachent à une prise en charge de courte durée, relative à un problème ponctuel. Dans ce sens, le recourant regrette qu'aucune expertise psychiatrique n'ait été diligentée. Sur le plan somatique, il énumère les pathologies dont il estime être atteint et demande qu'il en soit tenu compte dans l'appréciation globale de son état de santé. Il annonce la production de nouveaux rapports médicaux.

Le 1^{er} mai 2015, le recourant a fait parvenir au tribunal des explications complémentaires. A les lire, on comprend qu'il fait état de divers reproches à l'endroit des thérapeutes dans la manière dont ils se sont occupés de son cas. Il se plaint ainsi d'inexactitudes contenues dans des rapports médicaux, du défaut de transmission de documents ainsi que d'erreurs quant aux diagnostics posés et aux traitements dont il a fait l'objet. Ensuite d'une erreur de diagnostic, le recourant affirme être « handicapé à vie » et devoir « marcher avec des bottes orthopédiques le restant de ses jours ». Il demande en conséquence le réexamen de son dossier ainsi que la prise en compte de son dépôt de plainte pénale contre X. Il sollicite encore l'octroi de l'assistance judiciaire tant pour le volet AI que pour celui afférent à la plainte. Il a produit un lot de diverses pièces dont plusieurs rapports médicaux figurant déjà au dossier administratif ainsi que deux CD de l'Hôpital X._____.

Par décision du 29 juin 2015, le magistrat instructeur a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 mars 2015. Il était exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. L'avance de frais de 400 fr. qu'il avait déjà effectuée lui était par ailleurs remboursée. Un conseil d'office en la personne de Me Laure-Anne Suter lui a été désigné.

Dans sa réponse du 22 septembre 2015, l'office AI relève qu'en l'état du dossier, il n'a rien à ajouter à la décision attaquée, de même qu'à son courrier d'accompagnement, qu'il ne peut que confirmer. Proposant dès lors le rejet du recours, il déclare se réserver d'argumenter plus avant si Me Suter devait intervenir.

En réplique du 4 janvier 2016, le recourant, agissant désormais par l'intermédiaire de Me Suter, souligne que la décision litigieuse ne fait aucunement mention de sa problématique psychiatrique, alors que divers éléments au dossier font pourtant état d'une atteinte sur ce plan, laquelle se répercute en outre sur sa capacité de travail, de l'avis du Dr I._____. C'est donc à tort que l'autorité intimée n'a pas tenu compte de ses

troubles psychiatriques pour évaluer sa capacité de travail et les a écartés sans explication. S'agissant de l'atteinte aux genoux, le recourant observe que la décision dont est recours ne tient compte que de la problématique orthopédique relative à son pied droit ensuite d'une fracture luxation du tarse survenue en 2010 ainsi qu'à une fracture du quatrième orteil droit s'étant produite en 2012, à l'exclusion de l'atteinte rhumatologique aux genoux. Or, dans son avis du 12 février 2014, le Dr L. _____ faisait déjà expressément état de troubles dégénératifs débutants des genoux. Qui plus est, le recourant rappelle que le Dr I. _____ avait invité l'office AI à contacter le service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital X. _____ en raison d'une péjoration de son état de santé, laquelle serait corroborée par les pièces médicales produites à l'appui de ses allégations. Dans ces conditions, il s'étonne que l'intimé se soit contenté d'un rapport du 22 mai 2014 (recte : 4 juin 2014) ne traitant que de la problématique du pied, sans avoir demandé aucun rapport concernant spécifiquement les genoux. En définitive, le recourant reproche à l'autorité intimée de s'être fondée sur des éléments incomplets, voire erronés, pour prendre sa décision. Il requiert par conséquent la mise en œuvre de mesures d'instruction tendant à l'administration d'une expertise psychiatrique ainsi que rhumatologique de même qu'il sollicite l'audition du Dr I. _____. Avec suite de frais et dépens, le recourant conclut à la réforme de la décision entreprise dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée. Subsidiairement, il demande son annulation et le renvoi du dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision.

En annexe à son mémoire, le recourant a produit les pièces suivantes :

- un courrier du Dr I. _____ du 16 octobre 2015 au médecin conseil de l'office AI, dans lequel il posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 32.11) ainsi qu'un trouble schizotypique (F 21). Il expliquait que, sur la base de ses observations, l'assuré ne recourait à l'alcool et/ou à d'autres

substances psycho-actives que secondairement, c'est-à-dire comme auto-médication afin de tenter d'apaiser ses douleurs et des angoisses désorganisantes liées à sa symptomatologie tant psychotique que dépressive. Il estimait ainsi que la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans toute activité,

- un rapport du 11 juin 2015 du Prof. S.____ et de la Dresse A.____, respectivement chef de service et médecin assistante au service de rhumatologie de l'Hôpital X.____. Ils y posaient les diagnostics suivants : arthropathie goutteuse non tophacée, gonarthrose compartimentale médiale du genou droit, hypothyroïdie infra-clinique et hypovitaminose modérée substituée. Les médecins prénommés expliquaient que l'assuré présentait depuis plusieurs années des crises d'arthrite à répétition au niveau des genoux des deux côtés dans un contexte de gonalgies chroniques bilatérales. Le bilan radiologique révélait la présence d'une arthrose compartimentale médiale du genou droit sans calcifications intra-articulaires visibles. Deux ponctions articulaires, réalisées les 22 octobre 2014 et 3 décembre suivant, ayant permis le retrait de liquide inflammatoire avec la présence de cristaux d'urate, ont conduit les médecins à retenir le diagnostic d'arthropathie goutteuse en présence de facteurs de risque, notamment la forte consommation d'alcool,

- un rapport du 16 novembre 2015, dans lequel le Prof. S.____ répondait aux questions du conseil du recourant. Les premières concernaient plus spécifiquement la nature des troubles aux genoux, les limitations qui en résultaient ainsi que les traitements entrepris. Les questions suivantes invitaient le Prof. S.____ à prendre position sur l'examen effectué par le Dr F.____ ainsi qu'à se déterminer sur la capacité de travail. Ayant admis que le diagnostic de troubles dégénératifs débutants des genoux posé par le Dr F.____ était correct, le Prof. S.____ ne s'est pas expressément prononcé sur la

capacité de travail, se contentant d'indiquer qu'il n'avait pas « évalué formellement cette dimension », précisant encore que l'assuré avait fait quatre crises de goutte entre 2012 et le mois d'août 2015. Il a toutefois concédé que les activités retenues par l'office AI d'ouvrier de montage dans l'industrie légère, chauffeur-livreur de véhicule léger ou employé d'imprimerie étaient compatibles avec la problématique des genoux présentée par l'assuré.

En annexe à sa duplique du 27 janvier 2016, l'office AI a fait parvenir un avis du SMR du 18 janvier 2016, dans lequel le Dr B. _____ analysait la situation médicale de l'assuré en ces termes :

« F 21 - trouble schizotypique, ICD-10 Définition : trouble caractérisé par un comportement excentrique et des anomalies de la pensée et des affects, ressemblant à celles de la schizophrénie, mais ne comportant aucune anomalie schizophrénique manifeste ou caractéristique à un moment quelconque de l'évolution. La symptomatologie peut comporter une froideur affective inappropriée, une anhédonie, un comportement étrange ou excentrique, une tendance au retrait social, des idées de persécution ou des idées bizarres, ne présentant pas les caractéristiques d'idées délirantes authentiques, des ruminations obsessionnelles, des troubles du cours de la pensée et des perturbations des perceptions, parfois des épisodes transitoires quasi-psychotiques comportant des illusions intenses, des hallucinations auditives ou autres et des idées pseudo-délirantes, survenant habituellement sans facteur déclenchant extérieur. Le début du trouble est difficile à déterminer et son évolution correspond habituellement à celle d'un trouble de la personnalité.

Dans son courrier médical daté du 14 février 2014 (in RM du 15 décembre 2014), le Dr I. _____, chef de clinique adjoint à Q. _____, retenait les diagnostics suivants : syndrome de dépendance à l'alcool, dipsomanie ; syndrome de dépendance aux opiacées sous substitution de méthadone ; probable trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. Il s'agit d'un courrier se rapportant à un séjour hospitalier du 10 janvier 2014 au 27 janvier 2014. Nous apprenons que l'assuré a augmenté depuis une année sa consommation de bière pour atteindre 5-6 litres par jour au moment de l'hospitalisation qui sur un mode volontaire. Voici comment le Dr I. _____ décrivait l'assuré après 17 jours d'hospitalisation : à l'entrée : « Patient qui fait son âge, à la tenue hygiéno-vestimentaire légèrement négligée. Il est vigilant, orienté dans le temps et dans l'espace, calme et collaborant. Il présente des troubles de la concentration et de l'attention, qui rendent l'entretien difficile, mais le discours reste cohérent et informatif, sans trouble formel du cours ou du contenu de la pensée. Il n'y a pas de symptôme floride de la lignée psychotique. Le patient

se dit normothymique, mais est très ralenti sur le plan psychomoteur, et on peut observer une anxiété ainsi qu'une certaine tristesse. Il n'y a pas d'idées noires actuellement. » Puis le Dr écrit comme synthèse à la sortie de l'institution : « M. W. _____ intègre " Q. _____ " pour une mise à distance de ses consommations d'alcool, dans un contexte de crise personnelle liée notamment aux difficultés de prise en charge somatique de son altération dégénérative sévère des articulations terminales de son pied D. Tout au long du séjour, le comportement du patient est resté adéquat, avec une participation active aux activités du service, tout en demeurant un peu isolé. Bien qu'il ait rechuté quelquefois dans la consommation d'alcool, il a fait des efforts concrets pour réaliser son objectif de séjour. Cette mise à l'abri a également permis au patient d'améliorer son anxiété, notamment en lui donnant l'occasion de préparer son dossier AI et d'entreprendre depuis Q. _____ les démarches nécessaires à une reprise de soins de son pied D. Le patient sort le 27 janvier 2014 avec le projet de passer quelques jours en France chez un ami. Son bilan de sortie est, d'après le patient, positif, car il a pu considérablement réduire ses consommations d'alcool ». Nulle mention de dépression majeure et/ou de trouble schizotypique. Le traitement a donc consisté essentiellement en une prise de distance de l'alcool qui d'après le Dr I. _____ est profitable à l'assuré.

Le 30 octobre 2013 (in RM du 15 décembre 2014), le Dr D. _____, psychiatre FMH, écrivait dans un courrier au Dr Z. _____ que l'assuré avait été hospitalisé en mode volontaire à Q. _____ avec pour diagnostics : syndrome de dépendance aux opiacées sous substitution de méthadone et syndrome de dépendance à la cocaïne, consommation active. Ni le trouble schizotypique, ni une dépression majeure ne sont évoqués dans ce rapport portant sur une hospitalisation de 16 jours en milieu psychiatrique universitaire.

Le rapport médical du 3 octobre 2014 retient un trouble schizotypique et un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen existant au moins depuis 1996 d'après le Dr I. _____. Nous avons estimé qu'aucune aggravation objective, ni faits nouveaux n'étaient rapportés depuis les séjours à Q. _____ de 2013 et 2014 et qu'il s'agissait donc de l'appréciation différente d'un état de santé similaire affecté principalement par l'alcool. A part les périodes d'imprégnation alcoolique, des plaintes symptômes évocateurs d'un trouble schizotypique ne sont pas relevées. Sur le plan psychiatrique, nous maintenons donc notre position : alcoolisme et toxicomanie sont primaires au sens de la LAI et sous le contrôle de la volonté ; les empêchements qui affectent l'assuré sont la conséquence des pratiques toxiques nocives à la santé et ne sauraient donc être à la charge de l'Institution.

Sur le plan somatique/rhumatologique, le Pr S. _____ a écrit le 16 novembre 2015 (in RM du 6 janvier 2016) dans un courrier à l'avocat de l'assuré par l'affirmative à la question concernant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et a estimé que les activités retenues par l'OAI étaient compatibles avec la problématique qui affecte les genoux de l'assuré. Sur le plan somatique, nous maintenons aussi notre position. »

L'office AI a indiqué qu'il ressortait de cette analyse que de nouvelles mesures d'instruction n'étaient pas nécessaires, de sorte qu'il confirmait son évaluation quant à une capacité de travail entière de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites. Il proposait en conséquence une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

Se déterminant une ultime fois par pli du 21 mars 2016, le recourant observe, sur le plan psychiatrique, que le SMR se fonde sur deux rapports établis à la suite d'une hospitalisation à Q._____ en raison d'une problématique de dépendance. Ces rapports ont ainsi été dressés dans un contexte particulier, non représentatif de son état de santé psychique considéré dans sa globalité. A cet égard, le recourant estime qu'il convient de se fonder sur le rapport du Dr I._____ du 3 octobre 2014, dont il a lui-même confirmé la teneur dans son courrier du 16 octobre 2015. Quant à l'aspect somatique, le recourant relève que le Dr B._____ tente de soutenir que, dans son courrier du 16 novembre 2015, le Prof. S._____ constate une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Or, le recourant souligne que, s'agissant du taux de capacité de travail, le Prof. S._____ déclare n'avoir « pas évalué formellement cette dimension », précisant que la « fréquence des poussées d'arthrite goutte a certainement une conséquence sur sa capacité de travail. » Se référant pour le surplus à ses mémoires des 17 mars et 1^{er} mai 2015 ainsi que 4 janvier 2016, il déclare en confirmer les conclusions, de même que les mesures d'instruction requises, en particulier l'audition du Dr I._____.

E. Invitée par le magistrat instructeur à produire la liste détaillée de ses opérations et débours, le conseil du recourant a déposé en date du 8 juillet 2016 le relevé des opérations effectuées à compter du 2 juillet 2015 dans le cadre de la présente procédure, ce qui représentait un total de 12 heures et 40 minutes. Quant aux débours, ils s'élevaient à 108 fr. 20, TVA par 8 fr. comprise.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 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 (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

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

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

c) En l'espèce, le recours formé le 17 mars 2015 contre la décision de l'office AI du 18 février 2015 a été interjeté en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA.

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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1).

En l'occurrence, le litige porte sur le droit à des prestations de l'AI, plus exactement à une rente, W._____ n'ayant pas, dans aucune de ses écritures, en particulier son mémoire du 4 janvier 2016 et son courrier du 21 mars 2016, conclu à l'octroi de mesures de reclassement.

Dans son écriture du 1^{er} mai 2015, le recourant demande à la Cour de céans de se prononcer sur sa plainte pénale contre X. En tant que cette question ne fait pas l'objet de la décision dont est recours, elle est étrangère au présent litige. Il ne saurait par conséquent être donné suite à cette conclusion, d'autant que la Cour de céans n'est pas compétente en matière pénale. Il s'ensuit que le recours doit être déclaré irrecevable sur ce point.

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. 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 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012 ; 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1).

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

et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (cf. art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). La première condition (let. a) n'existait pas dans la version antérieure au 1^{er} janvier 2008.

La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : 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 (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du

travail équilibré (revenu de la personne invalide) (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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 lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 (cf. art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; cf. Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, 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 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) 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_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe,

pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

4. Dans la décision attaquée, l'office AI s'est fondé exclusivement sur l'examen clinique orthopédique réalisé au SMR au mois de janvier 2014 par le Dr F. _____ pour dénier le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Il a en effet considéré qu'il présentait une capacité de travail entière dans une activité excluant le port de charges supérieures à 10 kg ainsi que la marche en terrain irrégulier de même que la montée ou la descente d'escaliers à répétition.

a) En procédure judiciaire, le recourant reproche à l'office AI de s'être fondé sur des éléments médicaux incomplets, voire erronés, pour procéder à l'évaluation de sa capacité de travail. C'est ainsi que, sur le plan somatique, il relève que la décision litigieuse se concentre sur la problématique orthopédique affectant son pied droit, sans que ne soient même évoquées les pathologies qu'il présente aux genoux, en particulier l'arthrite goutteuse et la gonarthrose. Or, en présence de pièces au dossier faisant état de troubles aux genoux, le recourant estime que

l'intimé se devait de recueillir des renseignements à ce sujet, ce d'autant plus que, depuis l'examen au SMR, l'état de ses genoux se serait dégradé avec deux ponctions du liquide articulaire du genou gauche effectuées les 22 octobre et 3 décembre 2014 et quatre crises de goutte entre 2012 et le mois d'août 2015.

Il est vrai que sur le plan des atteintes somatiques, aucun des rapports médicaux antérieurs ou contemporains à l'examen clinique orthopédique du SMR ne s'inscrit en faux contre cet examen, exhaustif, et qui cite déjà l'arthrite goutteuse et la gonarthrose (p. 2, deuxième paragraphe) mais sans les retenir en tant que tels dans les diagnostics. Parmi ceux-ci, on relèvera néanmoins les troubles dégénératifs débutants des deux genoux, affectant selon le Dr F. _____ la capacité de travail. En revanche, on pourrait s'étonner de l'absence de suite donnée à la proposition du Dr N. _____ du 4 juin 2014 (postérieure à l'examen clinique) de « revoir le patient avec le formulaire AI idoine », son intention de se prononcer sur la capacité de travail sur la base de ce document se déduisant on ne peut plus clairement de son rapport. Peu importe, car il ressort des rapports du service de rhumatologie de l'Hôpital X. _____ produits par le conseil du recourant à l'appui de ses explications complémentaires du 4 janvier 2016 que celui-ci a eu de nouvelles crises de goutte, débouchant sur des ponctions avant (octobre et décembre 2014) comme après (août 2015) la décision litigieuse (cf. à ce sujet considérant 2b supra) alors que les pièces médicales à disposition du Dr F. _____ faisaient état d'un seul épisode survenu, de surcroît, au mois d'août 2012. Le Prof. S. _____ relève une atteinte fonctionnelle plus marquée lors de ces crises et considère que la fréquence des poussées a certainement une influence sur la capacité de travail. Si le Prof. S. _____ confirme les limitations fonctionnelles retenues par le Dr F. _____, il ne se prononce pas expressément sur la capacité de travail, plus exactement son taux et précise n'avoir pas évalué formellement le caractère incapacitant de l'arthrite et de ses poussées à tel point que l'on peut se demander si sa dernière réponse (cf. rapport médical du 16 novembre 2015) ne concerne pas que la gonarthrose. Dans ce sens, l'office intimé ne saurait s'appuyer sur l'avis du Prof. S. _____ - qui admet la compatibilité

des activités retenues dans la décision entreprise avec les troubles présentés par le recourant aux genoux – pour en inférer une capacité de travail entière de l'intéressé dans lesdites professions. L'appréciation médicale est quoi qu'il en soit incomplète, respectivement sujette à interprétation, s'agissant de l'arthrite.

b) En ce qui concerne son état de santé psychique, le recourant observe que la décision querellée ne fait nulle mention d'une atteinte psychiatrique, alors même que divers éléments au dossier font clairement état d'une problématique de ce type, ayant de surcroît selon lui un effet sur sa capacité de travail. Se fondant sur l'avis de son psychiatre traitant, le Dr I._____, il expose que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, ainsi que le trouble schizophrénique sont antérieurs à ses problèmes de dépendance, lesquels apparaissent plutôt comme une tentative d'auto-médication destinée à apaiser des douleurs devenues intolérables et des angoisses désorganisantes liées à sa symptomatologie tant psychotique que dépressive. Sur cette base, le Dr I._____ estime que la capacité de travail de l'intéressé est nulle dans toute activité (cf. rapport du 16 octobre 2015).

aa) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour

justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. TFA I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités; voir également TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

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

L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence

contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5 ; 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4 et les références).

bb) En l'occurrence, au vu des diagnostics incapacitants posés par le Dr I._____, clairement distingués des dépendances à l'alcool et aux opiacés, elles-mêmes considérées comme secondaires et sans effet sur la capacité de travail, l'office AI ne pouvait, au vu de la jurisprudence citée ci-avant, faire l'économie d'une expertise psychiatrique, d'autant que l'assuré bénéficie d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique ambulatoire, régulier et de longue date, sous la responsabilité du Dr I._____, ce qui l'autorise probablement à être aussi affirmatif (cf. son rapport du 16 octobre 2015). A cela s'ajoute que les hospitalisations à Q._____ (cf. rapports des 14 février 2014 et 30 octobre 2013), auxquelles se réfère le Dr B._____ dans son avis du 18 janvier 2016, se justifient apparemment en situation de crises de dépendance, avec une prise en charge spécifique et par conséquent un rapport ad hoc axé sur la dépendance et non sur l'état de santé psychique global du patient. Dans cette mesure, le Dr B._____, qui n'est pas psychiatre, ne pouvait se contenter de réfuter les diagnostics incapacitants posés par le Dr I._____ de trouble schizotypique et de trouble dépressif récurrent, sans diligenter un examen clinique, voire une expertise, en vue de décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé diagnostiquées sur la capacité de travail de l'assuré et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Or, force est de constater que le dossier tel que constitué ne contient pas une telle analyse.

5. Sur le vu de ce qui précède, les considérations de l'office intimé ne suffisent donc pas pour retenir que le recourant présente une capacité de travail complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sur le plan somatique exclusivement. En d'autres termes, l'intimé ne pouvait se contenter de l'examen clinique orthopédique effectué par le Dr F. _____ en janvier 2014 pour évaluer la situation du recourant sur le plan médical. Ainsi, en présence d'une instruction lacunaire sur des questions de fait et non d'un seul conflit d'avis médicaux imposant une surexpertise, il y a lieu de renvoyer la cause à l'office AI afin qu'il effectue, sous la forme d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA comprenant à tout le moins un volet rhumatologique et psychiatrique, une nouvelle évaluation de la capacité de travail et de rendement exigible de la part du recourant dans une activité adaptée, à l'aune des affections constatées et des limitations qu'elles entraînent. Les experts disposeront de toute la latitude nécessaire pour s'adjoindre, le cas échéant, les services d'un ou de plusieurs autres spécialistes, si l'examen de la situation médicale l'imposait. On ajoutera que le Tribunal fédéral a précisé qu'un renvoi à l'administration était en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; TF 9C_326/2016 du 4 juillet 2016 consid. 3.1).

6. En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit par conséquent être admis dans la mesure de sa recevabilité (cf. considérant 2a supra), ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue le 18 février 2015 par l'office AI, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

7. a) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Laure-Anne Suter, à compter du 17 mars 2015 jusqu'au terme de la présente procédure (art.

118 al. 1 let. c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Lorsqu'il y a lieu de fixer l'indemnité due au conseil juridique commis d'office, celui-ci peut préalablement produire une liste détaillée de ses opérations et une liste de ses débours (art. 3 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD) ; en l'absence de liste détaillée des opérations, le défraiement est fixé équitablement sur la base d'une estimation des opérations nécessaires pour la conduite du procès (al. 2).

En l'espèce, Me Suter a déposé en date du 8 juillet 2016 le relevé des opérations effectuées à compter du 2 juillet 2015 dans le cadre de la présente procédure, ce qui représentait un total de 12 heures et 40 minutes. Quant aux débours, ils s'élevaient à 108 fr. 20, TVA par 8 fr. comprise.

b) Ayant procédé par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'600 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD et 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI ; 49 al. 1 LPA-VD et 4 al. 2 TFJDA).

Compte tenu de l'allocation de dépens, dont la perception est certaine, il n'est pas dû d'indemnité au conseil d'office (art. 4 al. 1 RAJ, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La Cour de céans n'aurait de toute façon pas fixé d'indemnité plus élevée dans le cadre de l'assistance judiciaire.

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

- I. Le recours est admis dans la mesure où il est recevable.

- II. La décision rendue le 18 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à W. _____ une indemnité de 2'600 fr. (deux mille six cents francs) à titre de dépens.

- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Laure-Anne Suter, avocate (pour W._____),
- 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 :