

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 mai 2020

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
MM. Neu et Piguet, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 8 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 30 mai 2000 en vue de l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

Selon le rapport médical établi le 11 décembre 2000 par son médecin traitant, le Dr K.\_\_\_\_\_, l'assuré présentait une dépendance à l'héroïne et à l'alcool avec sevrage terminé depuis plus de six mois, ainsi qu'une hépatite B alors quiescente.

Par décision du 13 novembre 2002, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré au motif que rien ne contre-indiquait l'exercice des activités qu'il avait pratiquées jusqu'alors (notamment dans les arts graphiques et en tant que conducteur de camions).

**B.** Le 25 juillet 2010, alors qu'il cherchait à atteindre un objet placé en haut d'une armoire, l'assuré a perdu l'équilibre puis est tombé, se blessant au pied droit. Il a souffert d'une fracture-luxation du Lisfranc avec atteinte ligamentaire entre le premier et le deuxième métatarsien, associée à une fracture oblique du cinquième métatarsien droit sur entorse du pied. Ces atteintes ont abouti à une importante ostéoarthropathie du Lisfranc prédominant sur les deuxième et troisième rayons ainsi qu'à une ostéopénie inhomogène diffuse avec des altérations post-fracturaires séquellaires du cinquième métatarsien (rapports du Dr L.\_\_\_\_\_ du 6 juin 2011 et du Dr K.\_\_\_\_\_ du 3 juin 2013). Un CT du pied pratiqué en date du 2 octobre 2012 avait montré des altérations dégénératives sévères de l'articulation du Lisfranc ainsi qu'un décrochement cortical de la surface articulaire de la base du quatrième métatarsien.

Le 3 octobre 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

Selon le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 28 août 2012, l'assuré présentait également une arthrite des genoux d'origine goutteuse dans un contexte d'éthylisme chronique.

A l'initiative du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a procédé à un examen orthopédique de l'assuré. Dans son rapport du 31 janvier 2014, le Dr N. \_\_\_\_\_ 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 N. \_\_\_\_\_ a estimé qu'elle était entière, depuis octobre 2010, dans une activité adaptée respectant 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.

L'assuré a été hospitalisé à [...], établissement rattaché au service de psychiatrie communautaire du H. \_\_\_\_\_ (ci-après : H. \_\_\_\_\_), du 17 septembre 2013 au 3 octobre 2013 ainsi que du 10 janvier 2014 au 27 janvier 2014 pour une mise à l'abri de consommation abusive de substances dans le contexte de crises personnelles, entre autres liées à ses atteintes au pied. Le Dr A. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, a posé 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 (rapport du 14 février 2014). Dans des rapports ultérieurs, ce médecin a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F32.11) et de trouble schizotypique (F21), précisant que la

consommation d'alcool n'intervenait que secondairement à ces atteintes. Il estimait l'assuré incapable de reprendre l'exercice d'une activité professionnelle, même adaptée (rapports des 17 juin 2014 et 3 octobre 2014).

Par décision du 18 février 2015, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assuré des mesures professionnelles ou une rente, considérant que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée et que son taux d'invalidité n'était que de 10 %.

Dans le cadre du recours qu'il a formé contre cette décision auprès de la Cour de céans, le recourant a produit un rapport du Dr A. \_\_\_\_\_ du 16 octobre 2015 reprenant en substance les termes du précédent, ainsi qu'un rapport du 11 juin 2015 du Prof. Q. \_\_\_\_\_ et de la Dresse O. \_\_\_\_\_, respectivement chef de service et médecin assistante au service de rhumatologie du H. \_\_\_\_\_. 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, et que deux ponctions articulaires avaient été réalisées, en octobre et décembre 2014. Dans un rapport du 16 novembre 2015, le Prof. Q. \_\_\_\_\_ a concédé que les activités retenues par l'OAI 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.

Par arrêt du 7 novembre 2016 (AI 66/15 - 288/2016), la Cour de céans a admis le recours formé par l'assuré et renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il effectue une expertise comprenant à tout le moins un volet rhumatologique et psychiatrique en vue d'évaluer la capacité de travail et de rendement de l'assuré ainsi que ses limitations fonctionnelles, eu égard à l'ensemble des affections constatées.

**C.** Par courrier du 14 mars 2018, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport médical établi le 27 novembre 2017 par le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin assistant au Centre du pied au H.\_\_\_\_\_, qui indiquait que l'arthrose post-traumatique du Lisfranc était contrôlée par anti-inflammatoires occasionnels et un chaussage adapté.

L'OAI a confié la réalisation d'une expertise rhumatologique et psychiatrique à X.\_\_\_\_\_. (X.\_\_\_\_\_.). Dans leur rapport d'expertise du 20 septembre 2018, les Drs S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ont retenu les éléments suivants :

« I.1.d.3 Diagnostics d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail

Aucun.

I.1.d.4 Diagnostics d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail

1. Trouble arthrosique du pied droit suite à l'accident du 25.07.2010
2. Trouble arthrosique des genoux avec des poussées goutteuses dans un contexte d'éthylisme chronique, débutant en 2012
3. F19.74 - troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, autre déficit cognitif persistant.

I.1.d.5 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Du point de vue psychiatrique, les troubles résiduels tardifs dans les suites d'une consommation depuis des décennies qui, malgré une couverture par Méthadone, demeurent toujours authentiques sont graves et non pas en exclusivité en ce qui concerne le registre cognitif. La présence d'un écroulement du système de défenses probablement fragile depuis sa construction durant l'enfance peut présenter des moments d'allure psychotique dont la nature exacte est difficile à établir en raison d'une consommation toujours active.

Du point de vue rhumatologique, il existe clairement une arthrose sévère de la cheville chez la personne assurée, une gonarthrose modérée ne justifiant aucun traitement conservateur par ponction mais il n'y a pas de contre-indication chirurgicale.

I.1.d.6 Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Dans un contexte de dépendance, une analyse détaillée de la personnalité ne peut pas être effectuée dans le cadre d'une expertise hormis une demande d'analyse externe. Dans le cas de la personne assurée, l'état clinique psychiatrique est dégradé à un point qu'un investissement dans des analyses structurées n'est pas indiqué.

Le comportement de la personne assurée face à sa maladie est démuni et aucune ressource personnelle ne peut être mise en place pour améliorer la situation, très chronicisée.

La personne assurée préserve ses capacités de jugement et de discernement. Sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts semble exister, mais avec une dimension de superficialité caractéristique pour les toxicomanes (relation à l'objet de consommation et non pas à un sujet d'échange constructif). L'estime de soi est présente, argumentée par le fait qu'elle ne vole pas comme les autres toxicomanes. Aucun dynamisme n'existe dans un contexte général d'un ralentissement psychomoteur sous le joug d'une consommation de substances actives.

#### I.1.d.7 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

- Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

Du point de vue psychiatrique, en excluant la dépendance, il n'y a pas de limitation.

Du point de vue rhumatologique, la personne assurée est capable de travailler dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire, sans position debout prolongée. Elle ne peut pas porter plus de 10 kg et il faut éviter une activité agenouillée ou accroupie ainsi que activités requérant une sécurité augmentée sur des échafaudages ou des échelles. La personne assurée doit éviter de marcher en terrain irrégulier et de monter ou descendre les escaliers à répétition.

- Profil d'effort évolutif/pronostic avec des limitations fonctionnelles

Du point de vue psychiatrique, en excluant la dépendance, il n'y a pas de limitation. Du point de vue rhumatologique, le profil d'effort devrait rester invariable.

#### I.1.d.8 Contrôle de cohérence

- Comparaison des niveaux de limitations des activités dans tous les domaines

Du point de vue psychiatrique, la personne assurée vit une vie marginale avec une dimension de négligence personnelle dans un contexte et soumise à une consommation de substances incontrôlable. La qualité de l'exécution de tâches au quotidien est très précaire. Aucune thérapie autre que celle ciblant la consommation ne semble avoir été initiée / suivie.

Sur le plan rhumatologique, il existe manifestement une arthrose sévère de la cheville chez la personne assurée. Cette arthrose la limite dans ses activités, notamment dans tout ce qui est marche sur terrain accidenté, montée et descente d'escaliers, montée sur un

échafaudage. Le pronostic sur ce plan paraît défavorable. Aucun traitement médical n'est susceptible d'améliorer notablement à court ou à moyen terme la capacité de travail de la personne assurée. Actuellement, il faut se contenter d'un traitement purement symptomatique et de port de semelles. Par ailleurs, la personne assurée est limitée dans ses activités ménagères qui ne correspondent pas au profil d'effort qu'elle fait d'ailleurs peu selon elle. Elle n'utilise que très peu les moyens de transport si ce n'est le métro et son vélo électrique.

- Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique

Il n'y a pas de divergence entre les symptômes décrits et le comportement de la personne assurée durant la situation d'examen clinique.

Les plaintes de la personne assurée sont tout à fait cohérentes et plausibles. Les résultats sont valides et compréhensibles.

Tandis que, à l'expert psychiatre, la personne assurée décrit des relations difficiles et conflictuelles avec sa mère, elle les décrit comme « formidables » auprès de l'expert rhumatologue.

- Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou simulation

Il n'est relevé aucun élément d'autolimitation, d'exagération ou de simulation avéré ou ressenti.

#### I.1.d.9 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- Rétrospectif

La personne assurée n'exerce plus d'activité depuis 1995.

- Actuel

Néant, car la personne assurée n'exerce plus d'activité depuis 1995.

- Évolutif/Pronostic

Néant.

#### I.1.d.10 Capacité de travail dans une activité adaptée

- Rétrospectif

Du point de vue psychiatrique, en excluant la dépendance, la capacité de travail a théoriquement toujours été de 100% sauf dans les phases d'hospitalisations en 2013 et 2014 avec une capacité de travail de 0%.

Du point de vue rhumatologique, selon l'examen du SMR du 20.01.2014, suite à l'évènement du 25.07.2010, elle ne peut plus exercer qu'un travail adapté aux limitations fonctionnelles. Cette capacité de travail est exigible deux mois après l'évènement du 25.07.2010.

De manière optimale, la capacité de travail aurait pu être de 100% dans une activité adaptée dès octobre 2010.

Du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail aurait pu être de 100% dans une activité adaptée dès octobre 2010, sauf dans les phases d'hospitalisations en 2013 et 2014 avec une capacité de travail de 0%.

· Actuel

Du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail est médico-théoriquement en excluant la dépendance de 100%.

· Évolutif/Pronostic

Il paraît très difficile de se prononcer. Le taux d'activité restera vraisemblablement de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites ci-dessus et en excluant la dépendance. »

Dans un avis du 10 octobre 2018, le SMR a estimé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions des experts.

Par projet de décision du 25 octobre 2018 puis par décision du 11 février 2019, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente de l'assuré, au motif qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Se fondant sur les données salariales statistiques et appliquant un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré, l'OAI a calculé que le taux d'invalidité de ce dernier n'était que de 10 %.

**D.** Par acte du 15 mars 2019, F. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation. Il a pour l'essentiel fait valoir que ses problèmes somatiques interféraient sur sa capacité de travail et qu'il pouvait fournir des certificats médicaux qui l'attestaient. Il a produit des certificats d'arrêt de travail émanant de l'Unité de toxicodépendance du H. \_\_\_\_\_ pour les périodes du 26 juillet 2010 au 3 octobre 2011 et du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 septembre 2012 ainsi qu'une attestation de son suivi par la Fondation [...] depuis septembre 2014.

Dans des déterminations du 18 septembre 2019, le recourant s'est prévalu du changement de jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les syndromes de dépendance. Il a estimé que le Dr S. \_\_\_\_\_ avait été clair à propos de la complexité et la gravité de son syndrome de

dépendance et du fait qu'aucune amélioration n'était envisageable. Dans le cas où l'expertise réalisée ne devait pas être jugée assez précise quant à son degré d'incapacité de travail, il a requis la mise en œuvre d'un complément d'expertise. Il a conclu à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente d'invalidité de 100 % lui est accordée pour une durée indéterminée, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision après instruction dans le sens des considérants.

Dans sa réponse du 25 novembre 2019, l'OAI a estimé qu'un complément d'expertise était nécessaire sur le plan psychiatrique, suivant l'avis émis par le SMR le 9 octobre 2019.

Le recourant a estimé qu'un tel complément n'était pas nécessaire dans ses déterminations du 29 janvier 2020.

Par courrier du 21 février 2020, l'OAI a maintenu sa position.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

**3. a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

**b)** 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGGA).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit 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, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**d)** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**e)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité en cas de syndrome de dépendance (ATF 145 V 215). Il a notamment abandonné la présomption que les toxicomanies primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi (consid. 5.3.3) et étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndromes de dépendance. Il s'agit dorénavant de déterminer au moyen d'une procédure structurée d'administration des preuves (ATF 141 V 281) si, et

le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas examiné la capacité de travail de la personne concernée (ATF 145 V 215 consid. 5.3.2).

**f)** Une fois le diagnostic posé par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres

domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**g)** Le fait qu'une expertise n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C\_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

**4. a)** En l'occurrence, l'OAI s'est basé sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire réalisée par le X.\_\_\_\_\_ pour refuser au recourant tout droit à des prestations dans sa décision du 11 février 2019.

**b)** Au niveau somatique, les conclusions du Dr R. \_\_\_\_\_ peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il les a en effet posées de manière motivée et détaillée à l'issue de son examen, en tenant compte des plaintes émises par le recourant et en pleine connaissance du dossier et de l'anamnèse.

Les plaintes du recourant sur le plan somatique concernent sa cheville droite, ses genoux ainsi que des douleurs aux niveaux costal et vertébral. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a constaté une arthrose post-traumatique importante du Lisfranc, à l'instar du Dr N. \_\_\_\_\_, ainsi qu'un trouble arthrosique des genoux avec des poussées goutteuses dans un contexte d'éthylisme chronique. Il précise toutefois que le taux d'acide urique a pu être contrôlé grâce à la médication mise en place (expertise p. 28). Il relève également comme atteintes sans incidence sur la capacité de travail une fracture des arcs antérieurs des 3<sup>e</sup> à 6<sup>e</sup> côtes gauches en 2015, sans séquelle, une hyperactivité linéaire intense en D7-D8 pouvant correspondre à une fracture-tassement plutôt du plateau inférieur du corps vertébral de D7 encore active, ainsi qu'une atteinte costo-vertébrale droite en D9 pouvant être post-traumatique, voire dégénérative (expertise p. 35). Son examen clinique démontre que ces fractures costales et vertébrales n'entraînent ni limitation de la mobilité ni douleurs à la palpation (expertise p. 33-34). Au final, le Dr R. \_\_\_\_\_ rejoint entièrement l'appréciation du Dr N. \_\_\_\_\_ (expertise p. 37) et retient l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter d'octobre 2010, avec des limitations fonctionnelles similaires à celles posées par le Dr N. \_\_\_\_\_. L'expert estime ainsi que le recourant peut exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire, sans position debout prolongée, qu'il ne peut pas porter plus de 10 kg et doit éviter une activité agenouillée ou accroupie ainsi que activités requérant une sécurité augmentée sur des échafaudages ou des échelles ; il doit, de plus, éviter de marcher en terrain irrégulier et de monter ou descendre les escaliers à répétition. Dans le questionnaire que le recourant a rempli en vue de l'expertise, celui-ci mentionne qu'il ne peut pas marcher ni porter plus de 10 kg (annexe 2 de l'expertise, p. 4), ce qui corrobore les limitations fonctionnelles posées par l'expert. En outre, il ressort du rapport médical

du Dr E. \_\_\_\_\_ du 27 novembre 2017 que les symptômes de l'arthrose post-traumatique du Lisfranc sont désormais contrôlés par anti-inflammatoires occasionnels et chaussage adapté, ce qui rend les douleurs tolérables et ne va ainsi pas à l'encontre d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

**c)** L'expertise du X. \_\_\_\_\_ a été réalisée alors que le Tribunal fédéral avait déjà étendu l'évaluation du caractère invalidant par la grille des indicateurs aux atteintes psychiques, mais pas encore aux syndromes de dépendance. La jurisprudence alors applicable prévoyait que la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne jouait un rôle dans l'assurance-invalidité que lorsqu'elle avait provoqué une maladie ou un accident qui entraînait une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résultait elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui avait valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). C'est en application de cette jurisprudence que le Dr S. \_\_\_\_\_ a exclu tout effet incapacitant dû au syndrome de dépendance du recourant, exposant que la consommation de substances toxiques ne pouvait avoir été engendrée par un trouble psychotique du registre schizotypique (expertise p. 19), ni de manière certaine par un trouble de la personnalité (expertise p. 20). Compte tenu du changement de jurisprudence intervenu, il convient de déterminer si l'expertise permet de se prononcer sur le caractère invalidant du syndrome de dépendance du recourant au regard des nouveaux indicateurs applicables. Le recourant estime que le rapport d'expertise est suffisamment précis pour pouvoir se prononcer directement et reconnaître que son syndrome de dépendance entraîne une totale incapacité de travail. L'OAI, de même que le SMR, estiment en revanche qu'un complément d'instruction s'avère nécessaire.

Le Dr S. \_\_\_\_\_ explique les raisons pour lesquelles il ne retient aucun diagnostic psychiatrique en tant que tel. Il indique ainsi ne pas avoir retrouvé les caractéristiques d'un trouble psychotique du registre schizotypique dans les rapports médicaux au dossier, ni au cours

de son examen, et relève qu'aucun traitement neuroleptique typique pour une telle pathologie n'a été prescrit (expertise p. 19). Il écarte également la présence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, en relevant qu'aucun traitement antidépressif ciblé n'a été prescrit selon les rapports médicaux, précisant que les doses de Mirtazapine sont employées en réserve comme anti-craving et n'atteignent pas le seuil minimal à but antidépressif. L'expert mentionne en outre qu'un diagnostic de dépression, quelle qu'elle soit, ne peut pas avoir lieu dans un contexte d'une consommation de substances, faisant partie des critères d'exclusion. De plus, il relève, à l'instar du SMR, que les rapports médicaux au dossier ne contiennent aucune description clinique renvoyant vers un diagnostic de dépression majeure (expertise pp. 19-20). Finalement, il reconnaît la possibilité que le recourant présente un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type dépendante, mais se trouve confronté à l'absence d'éléments anamnestiques clairs lui permettant de poser un tel diagnostic (expertise p. 20).

Le Dr S. \_\_\_\_\_ retient au final un diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples et de troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, autre déficit cognitif persistant (F19.74). S'il procède à une évaluation de la capacité de travail du recourant au regard des indicateurs posés par la jurisprudence, son examen exclut systématiquement toute incapacité de travail découlant de la dépendance elle-même, conformément à la jurisprudence qui était alors applicable. Il parvient ainsi à la conclusion que les troubles présentés par l'assuré n'entraînent aucune incapacité de travail ni limitations fonctionnelles, mais précise à chaque fois expressément que son appréciation exclut l'influence de la dépendance (expertise pp. 22-23). Il reconnaît ainsi implicitement que la dépendance du recourant a un caractère invalidant. Sur la base de son examen, on ne peut toutefois affirmer sans autres, comme le soutient le recourant, que la dépendance entraîne une incapacité de travail totale, et on ignore en outre les limitations fonctionnelles qu'elle implique. Il se justifie dès lors de procéder à un

complément d'expertise sur cette question. Dans ce cadre, l'expert est invité à tenir compte des points mentionnés ci-après.

L'analyse des indicateurs apparaît lacunaire sur la question de la personnalité de l'assuré, pour laquelle des exigences de motivation accrue sont requises (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). Si l'on peut comprendre qu'un tel examen est délicat dans un contexte de dépendance, comme l'expert le relève, il n'apparaît toutefois pas possible d'y renoncer, au vu des exigences jurisprudentielles. Le Dr S.\_\_\_\_\_ mentionne que seule une demande d'analyse externe est envisageable, tout en déclarant que dans le cas du recourant, l'état clinique psychiatrique est dégradé à un point qu'un investissement dans des analyses structurées n'est pas indiqué. Il ne précise cependant pas pour quelles raisons un tel examen ne peut pas avoir lieu. Il faut à cet égard rappeler que l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). L'expertise doit ainsi être complétée sur la question de la structure de la personnalité du recourant. L'expert est invité à procéder à un examen plus détaillé de celle-ci, à préciser pour quels motifs certaines analyses seraient contraindiquées et, le cas échéant, à tenir compte de ces motifs dans le cadre de son appréciation si ceux-ci sont liés à une fragilité ou une faiblesse psychique du recourant.

L'expert évoque en outre un éventuel trouble de la personnalité préexistant (émotionnellement labile, dépendante, ...) qu'il qualifie d'hypothétique compte tenu de l'absence d'éléments anamnestiques clairs. Pour tenter de préciser l'anamnèse, le Dr S.\_\_\_\_\_ a toutefois la possibilité de contacter le médecin traitant du recourant, le Dr K.\_\_\_\_\_, qui le suit depuis les années 1990 à tout le moins (cf. rapport médical de ce médecin du 11 décembre 2000, suivi toujours en cours selon le rapport du Dr A.\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2014). Il lui appartient par conséquent de compléter les données à disposition afin de pouvoir retenir ou exclure un diagnostic de trouble de la personnalité sur la base

d'éléments anamnestiques clairs, et le cas échéant, en tenir compte dans son examen de la structure de la personnalité du recourant.

En outre, le Dr S. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas clairement sur l'exigibilité d'un sevrage, mentionnant seulement qu'un sevrage total serait souhaitable et qu'aucune option thérapeutique susceptible d'améliorer son état clinique ne semblait être envisageable. Il n'est toutefois pas clair de savoir si les options thérapeutiques qu'il mentionne ont trait au sevrage ou aux troubles psychiques présentés par le recourant. L'expert reconnaît qu'il n'y a pas de raisons médicales plaidant contre une quelconque thérapie, mais considère qu'aucune amélioration n'est à attendre au vu de l'état chronicisé et marginal de la personne assurée. Seule est toutefois décisive l'exigibilité médicale d'un traitement, étant donné l'obligation du recourant de réduire le dommage (ATF 145 V 215 consid. 5.3.1 et 8.2). Dans le cadre du complément d'expertise à mettre en œuvre, le Dr S. \_\_\_\_\_ devra se prononcer de manière claire sur l'exigibilité médicale d'un sevrage, en particulier s'il existe des empêchements relevant de la personnalité qui entraveraient une thérapie.

Le Dr S. \_\_\_\_\_ devra en outre tenir compte des comorbidités physiques constatées par le Dr R. \_\_\_\_\_ dans l'évaluation de la capacité de travail du recourant, ainsi que de leur impact sur ses ressources.

**d)** Il ressort de ce qui précède que l'expertise mise en œuvre par l'OAI est lacunaire et ne permet pas de se prononcer sur la capacité de travail du recourant et ses limitations fonctionnelles au regard de la jurisprudence actuelle en matière de syndrome de dépendance. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il lui appartiendra de mettre en œuvre un complément d'expertise en vue de déterminer la capacité de travail du recourant compte tenu de l'ensemble de ses atteintes, y compris son syndrome de dépendance.

**5. a)** En définitive, le recours est admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**c)** Par décision de la juge instructrice du 12 août 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 18 juillet 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Charlotte Rossier. Cette dernière a produit sa liste des opérations le 18 septembre 2019. En tenant également compte de sa courte prise de position du 29 janvier 2020, il faut constater que le montant des dépens arrêté ci-dessus couvre le montant de l'indemnité à laquelle elle a droit.

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 11 février 2019 est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à F.\_\_\_\_\_, 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 :

- Me Charlotte Rossier (pour M. F.\_\_\_\_\_),
- 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 :