

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 octobre 2015

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
M. Dépraz, juge, et Mme Silva, assesseure  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1970, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de monteur-électricien, a travaillé en dernier lieu auprès de l'entreprise R.\_\_\_\_\_ SA, où il a été employé à la maintenance d'installations électriques jusqu'au 31 août 2008.

Le 30 juillet 2012, un formulaire de détection précoce a été adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) par le Centre social régional de [...], signalant une totale incapacité de travail à compter du 10 janvier 2008 en raison des troubles suivants : « *Grave dépression "burnout" dès début 2008. Accident octobre 2010 jambe. Problème persistant jusqu'à aujourd'hui à cause de complications opération* ».

A la suite d'un entretien de détection précoce avec une collaboratrice de l'OAI en date du 6 septembre 2012, l'assuré a déposé le 19 septembre suivant une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) faisant mention d'un burn out et d'une fracture de la jambe gauche.

L'OAI a interpellé le médecin traitant de l'assuré, à savoir le Dr Q.\_\_\_\_\_, du Centre médical X.\_\_\_\_\_, qui a fait part de ses observations dans un rapport non daté, indexé le 1<sup>er</sup> novembre 2012. Ce praticien a posé les diagnostics incapacitants d'état dépressif chronique depuis l'enfance, d'hépatite C depuis 2001-2002, de toxicomanie depuis 2001 et de fracture diaphysaire spiroïde du tibia distal gauche depuis 2010. Il a expliqué que l'assuré présentait une toxicomanie de longue durée, qu'il était souvent malheureux et qu'il avait subi une sévère fracture de la jambe en 2010. Il a ajouté que le patient était toujours « *accro* » aux stupéfiants, avec une importante variabilité de l'humeur, mais qu'il restait positif vis-à-vis d'une reprise de travail. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a encore précisé que l'incapacité de travail dans la profession de monteur-électricien était totale depuis août 2008, avec des restrictions sous forme

de « [d]ouleur, fatigue, efforts lourds impossibles, marche de longue durée impossible, abattement, moral bas, angoisses », et qu'une reprise de l'activité professionnelle était envisageable à 50% dès début 2013.

Aux termes d'un rapport du 19 novembre 2012, le Dr S.\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier H.\_\_\_\_\_), a retenu une atteinte avec impact sur la capacité de travail sous forme de fracture des deux os de la jambe gauche le 9 octobre 2010 avec réduction et ostéosynthèse du tibia le 10 octobre 2010, cure de pseudarthrose du tibia le 30 juin 2011 et ablation partielle de matériel du tibia le 24 janvier 2012. Il a signalé la persistance de douleurs principalement à la marche, celles-ci apparaissant après quinze minutes mais avec un périmètre de marche *a priori* non limité. Il a également précisé que l'intéressé était en bon état général, qu'il marchait sans boiterie et que les cicatrices étaient calmes, avec une dysesthésie et une hyperesthésie à la palpation ; il a ajouté que la fonction était complète au niveau de la hanche, du genou et de la cheville. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a par ailleurs mentionné que l'incapacité de travail était entière depuis l'accident. Pour le surplus, concernant les limitations fonctionnelles, les mesures de réadaptation envisageables et la question d'une reprise de l'activité professionnelle, respectivement d'une amélioration de la capacité de travail, ce médecin a estimé qu'il y avait lieu de convoquer l'assuré pour évaluer ses capacités de travail actuelles et de reconversion.

Le 19 décembre 2012, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a établi un rapport en tous points superposable à son précédent compte-rendu.

L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique orthopédique et psychiatrique réalisé le 11 mars 2013 par les Drs N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, et Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans leur rapport du 5 avril 2013, ces médecins ont retenu en particulier ce qui suit :

## "DIAGNOSTICS

### **- avec répercussion durable sur la capacité de travail**

- **STATUS APRÈS FRACTURE DIAPHYSAIRE DISTALE DU TIBIA GAUCHE TRAITÉE PAR OSTÉOSYNTÈSE PAR PLAQUE T93.2**
- **STATUS APRÈS CURE DE PSEUDARTHROSE TIBIA DISTAL GAUCHE T93.2**
- **AUCUN SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE (SELON LA JURISPRUDENCE VIS-À-VIS DE LA TOXICOMANIE DE LA LAI)**

### **- sans répercussion sur la capacité de travail**

- **HÉPATITE C**
- **TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT LIÉS À L'UTILISATION D'OPIACÉS, UTILISATION CONTINUE F11.25**
- **TROUBLES MENTAUX ET TROUBLES DU COMPORTEMENT LIÉS À L'UTILISATION D'OPIACÉS, SUIVANT ACTUELLEMENT UN RÉGIME DE SUBSTITUTION, SOUS SURVEILLANCE MÉDICALE F11.22**
- **TROUBLES MENTAUX ET TROUBLES DU COMPORTEMENT LIÉS À L'UTILISATION D'OPIACÉS, AVEC SYMPTÔME DÉPRESSIF AU PREMIER PLAN F11.54**

## **APPRÉCIATION DU CAS**

*Sur le plan somatique*, le 9 octobre 2010 cet assuré a eu, suite [à] une chute en forêt, une fracture fermée spiroïde diaphysaire distale du tibia gauche, accident à faible énergie. L'assuré a été traité par une ostéosynthèse par plaque et vis. L'évolution fut marquée par un retard de consolidation. Il a bénéficié le 30.06.2011 d'une cure chirurgicale de la pseudarthrose du tibia distal gauche. L'évolution fut radiologiquement satisfaisante. La pseudarthrose a consolidé. L'assuré se plaint d'être gêné par le matériel d'ostéosynthèse de la malléole interne de la cheville gauche. Sur le plan strictement somatique, l'assuré a perdu sa capacité de travail en tant que monteur-électricien depuis le 09.10.2010. Il récupère une capacité de travail théorique trois mois après la cure chirurgicale de la pseudarthrose du tibia lorsque la fracture a consolidé.

*Sur le plan psychiatrique*, l'anamnèse ne permet pas de constater une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensé à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail avant début 2008. Dans ce sens, je m'éloigne du diagnostic d'état dépressif chronique depuis l'enfance transmis par le Dr Q. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 19.12.2012.

Début 2008, d'après l'assuré, suite à l'introduction de la Méthadone®, il aurait présenté un épisode dépressif, et de par la présence d'idées suicidaires avec projet et passage à l'acte après l'été 2008, l'épisode était d'intensité sévère. Toutefois, cet épisode apparaî[t] dans le contexte d'une consommation chronique

d'héroïne à partir de 2001, motif pour lequel, lors de l'examen psychiatrique de ce jour, et en tenant compte de l'anamnèse professionnelle, la consommation est considérée comme primaire, et l'épisode dépressif comme faisant partie de troubles mentaux dus à la consommation d'opiacés.

L'anamnèse permet de constater la présence d'un probable trouble thymique depuis l'âge de 8 ans, d'après l'assuré sous la forme d'idées noires, ainsi que du fait qu'il ne trouvait pas sa place, mais son parcours professionnel montre que ses troubles thymiques (probable dysthymie) n'ont pas eu de répercussion sur la capacité de travail. C'est aussi pour ce motif que je m'éloigne de l'état dépressif chronique retenu depuis l'enfance par le Dr Q. \_\_\_\_\_ comme ayant des répercussions sur la capacité de travail.

L'examen psychiatrique au SMR ne permet pas de constater une symptomatologie psychotique ou anxieuse. L'assuré peut avoir l'impression d'être suivi en faisant une promenade, mais ceci n'est pas à l'origine d'une angoisse ou d'un comportement d'ordre psychotique (violence envers autrui). Pour ce motif, ceci est considéré comme faisant partie des troubles mentaux et du comportement dus à la consommation d'opiacés. L'assuré présente une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne, et à nouveau, ceci fait partie des troubles mentaux et du comportement dus à la consommation d'opiacés.

En d'autre terme, étant donné l'utilisation continue d'opiacés, le status psychiatrique de ce jour n'a pas de valeur probante en ce qui concerne la présence d'une maladie psychiatrique outre que la toxicomanie. Ce n'est qu'après sevrage en milieu institutionnel, d'une durée d'au moi[n]s trois mois, qu'un status psychiatrique ainsi qu'un examen neuropsychologique peuvent avoir de la valeur probante afin d'exclure des séquelles de la consommation d'opiacés.

### ***Limitations fonctionnelles***

*Sur le plan ostéomusculaire*, actuellement aucune limitation fonctionnelle.

*Sur le plan psychiatrique*, en tenant compte de la jurisprudence de la LAI sur la toxicomanie (primaire), des limitations fonctionnelles ne sont pas retenues.

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

*Sur le plan somatique*, incapacité de travail à 100% à partir du 09.10.2010. *Sur le plan psychiatrique*, sans objet.

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

*Sur le plan somatique*, à partir du 01.10.2011, l'assuré est [à] nouveau capable de reprendre son métier habituel à 100%. *Sur le plan psychiatrique*, sans objet.

### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE OU DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100%  
DEPUIS LE : 01.10.2011

SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE, SELON LA JURISPRUDENCE DE LA [LAI] CORRESPONDANT À LA TOXICOMANIE, UNE INCAPACITÉ DE TRAVAIL NE PEUT PAS ÊTRE RETENUE [É]TANT DONNÉ L'ORIGINE PRIMAIRE DE LA DÉPENDANCE."

Par rapport du 16 mai 2013 se fondant sur les conclusions précitées des Drs N.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_, le Dr V.\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu les atteintes principales à la santé de status après fracture diaphysaire distale du tibia gauche traitée par ostéosynthèse par plaque (09.10.2010) et de status après cure de pseudarthrose de la fracture tibiale gauche (30.06.2011). A titre de facteurs/diagnostics associés étrangers à l'AI, étaient mentionnés les diagnostics d'hépatite C, ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, utilisation continue, sous régime de substitution et avec symptôme dépressif au premier plan. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a en outre fixé le début de l'incapacité de travail durable au 9 octobre 2010 et a retenu que la capacité de travail était totale dans toute activité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2011. Il a souligné, concernant la fracture du tibia, que l'évolution avait finalement été favorable et qu'aucune limitation fonctionnelle ne pouvait y être associée. Il a de surcroît observé, sur le plan psychiatrique, qu'aucune atteinte à la santé psychique invalidante au sens de l'AI n'avait été mise en évidence ; en particulier, le trouble dépressif annoncé par le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'était pas retenu car il s'agissait en fait d'une symptomatologie dépressive en lien avec l'utilisation continue d'opiacés, le Dr Y.\_\_\_\_\_ ayant en outre démontré que la dépendance était primaire.

En date du 17 mai 2013, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a relevé pour l'essentiel que l'examen psychiatrique n'avait permis de constater aucune symptomatologie psychotique ou anxieuse et que dès lors aucune limitation fonctionnelle ne pouvait être retenue à ce niveau. Sur le plan somatique, l'OAI a constaté que si l'assuré avait présenté une incapacité de travail dès le 9 octobre 2010, il était toutefois à nouveau capable de reprendre son métier habituel à 100% depuis le 1<sup>er</sup> octobre

2011. L'intéressé avait ainsi présenté une incapacité de travail sur une durée inférieure à une année, disposant d'une pleine capacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2011 tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

L'assuré n'ayant pas soulevé d'objections à l'encontre de ce projet, l'OAI en a confirmé la teneur par décision du 28 juin 2013.

**B.** Agissant par l'entremise de son conseil, P. \_\_\_\_\_ a recouru le 2 septembre 2013 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation, à l'octroi de mesures d'ordre professionnel ainsi que d'une rente d'invalidité, et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Il sollicite en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Sur le fond, le recourant conteste l'appréciation des médecins du SMR et soutient à cet égard que l'instruction médicale ne permet pas de déterminer si sa dépendance revêt un caractère primaire ou secondaire. Il observe en particulier que les médecins du SMR - qui sont du reste liés à l'intimé par un rapport de travail - n'ont pas pris position quant aux divergences entre leur appréciation de la situation et celle des médecins traitants. Cela dit, le recourant considère, pour sa part, que sa dépendance résulte de ses problèmes psychiques qui ont une influence attestée sur sa capacité de travail et invoque, sur ce point, les difficultés qu'il a rencontrées lors de sa scolarité et de son apprentissage ainsi que les périodes d'inactivité qu'il a connues. Il fait en outre valoir qu'au vu de la persistance des problèmes affectant sa jambe accidentée, seule demeure exigible une activité physiquement moins exigeante adaptée à ses limitations fonctionnelles et estime qu'il revient à l'OAI de mettre en œuvre des mesures de réinsertion ainsi que des mesures professionnelles visant à lui permettre d'exploiter au mieux sa capacité résiduelle de travail.

A l'appui de son recours, P. \_\_\_\_\_ a produit diverses pièces dont un certificat d'incapacité de travail à 100% établi le 10 juillet 2013

par le Dr S.\_\_\_\_\_ pour la période du 9 octobre 2010 au 31 décembre 2013.

Par décision du 4 septembre 2013, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais de procédure, avec effet au 2 septembre 2013.

Par réponse du 3 octobre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'OAI s'en tient pour l'essentiel à l'appréciation du SMR et relève en particulier que le certificat médical susdit du Dr S.\_\_\_\_\_ n'est pas de nature à jeter un doute - même léger - sur les conclusions prises au pied de l'examen clinique orthopédique et psychiatrique du 11 mars 2013, dès lors que ce document n'est ni détaillé ni motivé ; aussi de nouvelles investigations ne sont-elles pas nécessaires en l'état du dossier. L'office ajoute qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre des mesures de réinsertion ou des mesures d'ordre professionnelle, au vu de la pleine capacité de travail retenue dans l'activité habituelle.

Après avoir maintenu sa position dans sa réplique du 28 octobre 2013, le recourant a produit, par envoi du 26 novembre 2013, un rapport rédigé le 19 novembre 2013 par le Dr Q.\_\_\_\_\_ retenant les diagnostics de troubles de la personnalité, d'état dépressif, de toxicomanie avec dépendance à l'héroïne et de fracture de la jambe gauche, faisant mention d'une incapacité totale de travailler, seules des mesures de réadaptation progressives et intelligentes associées à un sevrage ayant une chance d'aboutir, et évoquant en outre un bilan effectué par le « *département de psychiatrie* » en 2009.

Par acte du 17 décembre 2013, l'OAI a confirmé sa position. L'office estime en substance que le rapport précité du Dr Q.\_\_\_\_\_ ne remet pas en question les conclusions résultant de l'examen clinique bidisciplinaire réalisé le 11 mars 2013 par le SMR.

Invité par la juge instructeur à produire l'évaluation psychiatrique de 2009 mentionnée dans le dernier rapport du Dr

Q.\_\_\_\_\_, le recourant a versé en cause le 11 février 2014 un rapport rédigé le 4 juin 2009 à l'attention du Dr Q.\_\_\_\_\_ par les Drs F.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante au Département de psychiatrie du Centre hospitalier H.\_\_\_\_\_, dont on extrait notamment ce qui suit :

"Problème actuel :

M. P.\_\_\_\_\_ est un patient de 39 ans qui n'a jamais consulté de psychiatre jusqu'à maintenant. Il dit se sentir mal depuis l'enfance, mais affirme qu'il va vraiment moins bien depuis 2007, moment où il a perdu son travail en tant que monteur électricien. Il explique qu'il avait commencé à rencontrer des difficultés sur le plan professionnel, se plaignant d'une surcharge de travail et également d'une entente un peu difficile avec un nouveau patron qui lui « imposait des chantiers qu'il n'avait pas envie de faire ». [...]

[...]

M. P.\_\_\_\_\_ présente une problématique de dépendance à l'héroïne depuis l'âge de 31 ans, consommation qu'il aurait initiée suite à une rencontre avec une femme qui est devenue son amie, qui consommait de l'héroïne.

Diagnostics (CIM-10 ou DSM-IV) :

- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'héroïne, suit actuellement un régime de substitution, sous surveillance médicale.
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent.
- Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique.
- Trouble mixte de la personnalité avec traits narcissique et dépendant.

Discussion :

Il s'agit d'un premier contact avec la psychiatrie pour ce patient de 39 ans qui, d'après l'anamnèse, présente une problématique de dépendance à différents produits (alcool, puis opiacés) de longue date, mais qui montre une rupture de son équilibre global, surtout professionnel depuis environ 2 ans. En effet, il semble que M. P.\_\_\_\_\_ ait commencé à présenter un épisode dépressif depuis 2007, le conduisant à une perte de son travail. Nous n'avons pas tout à fait compris quelle est l'origine de cet épisode dépressif, hormis les drogues qu'il prend, qui sont dépressogènes, mais il est probable qu'il ait été d[é]stabilisé par un nouveau patron plus exigeant qui l'a confronté à ses difficultés ce qui a ébranlé le patient en remettant en cause ses capacités, ce qu'il a probablement très mal supporté sur le plan narcissique.

En effet, il nous semble que le patient présente un trouble de la personnalité avec des traits narcissiques, M. P.\_\_\_\_\_ se montrant souvent dénigrant à l'égard de son entourage, de ses ex-amies et s'attribuant par moments des qualités exceptionnelles, tant sur le plan de son activité professionnelle (monteur électricien) que sur le plan de son activité de musicien. Il présente également à nos yeux des traits de personnalité dépendante, luttant cependant activement contre la dépendance relationnelle, usant probablement des différents produits comme tiers pour que le rapprochement soit moins menaçant.

En ce qui concerne l'attitude thérapeutique, le patient se plaignant d'une dose pas assez importante de Méthadone, étant par ailleurs venu en sevrage au dernier entretien, n'ayant pas réussi à gérer une semaine de Méthadone à domicile, nous avons pris contact avec le Dr B.\_\_\_\_\_, addictologue de liaison à Z.\_\_\_\_\_, qui nous a conseillé de proposer une augmentation de 5 à 10 mg de Méthadone, le métabolisme de la Méthadone pouvant apparemment varier dans le temps de manière aléatoire.

En ce qui concerne l'attitude thérapeutique encore, il nous semble que M. P.\_\_\_\_\_ pourrait à nouveau bénéficier d'un traitement antidépresseur afin de traiter l'épisode dépressif. Le patient ne veut plus reprendre le traitement par Efexor au vu de sa mauvaise expérience vécue, raison pour laquelle nous vous proposons d'essayer un autre antidépresseur, comme le Ciprallex.

Il est probable que M. P.\_\_\_\_\_ traverse d'autres crises et doive les surmonter en prenant des toxiques. Ceci pourrait être rediscuté avec lui, et les dosages de Méthadone ajustés en prévention en collaboration avec nos collègues de Z.\_\_\_\_\_. Il serait bien sûr conseillé que M. P.\_\_\_\_\_ puisse bénéficier d'un suivi psychiatrique mais le patient semble très ambivalent à cette idée. Nous lui avons dit que nous restions à disposition pour l'orienter vers un suivi psychiatrique adapté et le patient nous a expliqué qu'il souhaitait y réfléchir et en discuter également avec vous-même.

En ce qui concerne la situation professionnelle, il nous semble en effet que M. P.\_\_\_\_\_ n'est pas apte sur le plan médical à travailler actuellement et qu'il faut traiter l'épisode dépressif avant d'envisager une reprise de travail. Si la situation d'arrêt de travail perdure et que le tableau clinique n'évolue pas favorablement, il serait souhaitable d'informer l'office de l'Assurance Invalidité de cette situation."

Se déterminant le 25 février 2014, l'intimé observe que le rapport susmentionné ne modifie pas sa position quant à l'analyse de la situation médicale du recourant.

## **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'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieux le point de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA *in fine*).

Aux termes de 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, 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.

Par ailleurs, en vertu de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité 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)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c ; cf. TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 ; cf. TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

**c)** 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 (cf. ATF 124 V 265 consid. 3c).

La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale, incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique (cf. TF 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2). Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une

cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. TFA I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités ; cf. également TF 9C\_618/2014 précité loc. cit. et 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

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 (cf. TF 9C\_618/2014 précité consid. 5.4 et 9C\_395/2007 précité consid. 2.4).

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

**d)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du

médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C\_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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (cf. TF 9C\_275/2014 du 21 août 2014 consid. 3, 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1, 9C\_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2, 9C\_745/2010 du

30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 avec les références ; cf. également consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; cf. TF 9C\_500/2011 précité loc. cit., 9C\_28/2011 précité loc. cit. et 9C\_745/2010 précité loc. cit.).

**4.** Se fondant sur le rapport d'examen clinique du 5 avril 2013 des Drs N.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_ du SMR, l'intimé a retenu que l'assuré s'était certes trouvé en incapacité de travail à partir du 9 octobre 2010 mais que, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2011, il avait retrouvé une entière capacité de travail dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée.

Le recourant, de son côté, a contesté disposer d'une telle capacité de travail, se prévalant en particulier de l'appréciation de ses médecins traitants.

**a)** Sur le plan somatique, l'assuré a été examiné par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans le cadre de l'examen clinique bidisciplinaire réalisé au SMR le 11 mars 2013. Ce médecin a retenu les diagnostics incapacitants de status après fracture diaphysaire distale du tibia gauche traitée par ostéosynthèse par plaque et de status après cure de pseudarthrose du tibia distal gauche. Il a plus particulièrement relevé que l'assuré avait subi une fracture accidentelle du tibia gauche le 9 octobre 2010 et que dans un premier temps, l'évolution suite au traitement par ostéosynthèse avait été marquée par un retard de consolidation ; s'en était suivie une cure chirurgicale de la pseudarthrose le 30 juin 2011, après quoi l'évolution s'était avérée radiologiquement satisfaisante, avec une consolidation de la pseudarthrose. Admettant sur cette base une incapacité de travail totale en tant que monteur-électricien à partir du 9 octobre 2010, le Dr N.\_\_\_\_\_ a toutefois conclu au rétablissement d'une pleine capacité de travail théorique trois mois après la cure chirurgicale de la pseudarthrose du tibia, soit dès la consolidation de la pseudarthrose, sans aucune

limitation fonctionnelle du point de vue ostéomusculaire (cf. rapport d'examen clinique du 5 avril 2013 p. 5 s.).

Rien n'incite à se distancer du Dr N. \_\_\_\_\_ lorsqu'il retient que l'évolution a été favorable et que la capacité de travail du recourant à cet égard est totale.

En ce qui concerne tout d'abord le Dr S. \_\_\_\_\_, la Cour relève que, dans son rapport du 19 novembre 2012, ce médecin a exposé que le recourant marchait sans boiterie, que la hanche, le genou et la cheville avaient une fonction complète et que le contrôle radiologique était en ordre. Il a certes souligné la persistance de douleurs, indiquant que celles-ci apparaissaient après quinze minutes de marche, mais a toutefois précisé que le périmètre de marche n'était *a priori* pas limité. Le Dr S. \_\_\_\_\_ n'a par ailleurs pas signalé de limitations fonctionnelles. En ce sens, ce médecin n'a donc mis en exergue aucun élément objectif important qui aurait échappé à l'attention du Dr N. \_\_\_\_\_, émettant au contraire des observations somme toute superposables à celles du chirurgien orthopédique du SMR, lequel a notamment lui aussi signalé des plaintes au niveau du matériel d'ostéosynthèse de la malléole interne de la cheville gauche (cf. rapport d'examen clinique du 5 avril 2013 pp. 2 et 6), sans limitation du périmètre de marche (cf. *ibid.* p. 2). A cela s'ajoute que le Dr S. \_\_\_\_\_ a certes fait état d'une incapacité de travail à 100% depuis l'accident du 9 octobre 2010 mais sans toutefois fournir d'explications concrètes pour étayer son raisonnement, ce qui ne saurait dès lors suffire à faire douter des conclusions du Dr N. \_\_\_\_\_ retenant une pleine capacité de travail dès la consolidation de la pseudarthrose, trois mois après l'intervention du 30 juin 2011. Quant au certificat établi le 10 juillet 2013 par le Dr S. \_\_\_\_\_, il n'est d'aucun secours au recourant. De fait, ce certificat ne contient aucune motivation et on ne sait même pas s'il a été délivré après un examen clinique - l'absence d'observations circonstanciées plaidant bien plutôt dans le sens contraire ; en l'état, on ne peut du reste que s'étonner que le Dr S. \_\_\_\_\_ ait pu, en juillet 2013, pronostiquer une incapacité de travail jusqu'à la fin de l'année, soit près de six mois plus tard. Pour l'ensemble de ces motifs, la Cour de céans

considère qu'il y a donc lieu de privilégier l'appréciation du Dr N. \_\_\_\_\_ sur celle du Dr S. \_\_\_\_\_.

Quant au médecin traitant, le Dr Q. \_\_\_\_\_, qui s'est déterminé dans des comptes-rendus successifs des 1<sup>er</sup> novembre 2012, 19 décembre 2012 et 19 novembre 2013, il n'a à aucun moment expliqué en quoi la fracture de la jambe gauche du recourant empêchait celui-ci de travailler. Si ce médecin a en outre retenu, contrairement au Dr N. \_\_\_\_\_, que l'hépatite C de l'assuré était incapacitante, il s'est - là encore - gardé d'explicitier son raisonnement. Faute de réelle motivation, sa position ne saurait par conséquent l'emporter sur celle, dûment étayée, du Dr N. \_\_\_\_\_.

Il n'y a de surcroît pas lieu de s'arrêter sur les allégations de l'assuré, qui soutient qu'au vu de la persistance de problèmes au niveau de la jambe accidentée, seule serait envisageable une activité moins exigeante d'un point de vue physique et adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. mémoire de recours du 2 septembre 2013 p. 10 s.). L'intéressé n'apporte en effet aucun élément sérieux à l'appui d'une telle thèse, clairement contredite par l'analyse médicale du Dr N. \_\_\_\_\_.

A la lumière des considérations qui précèdent, on ne peut donc que suivre l'appréciation du Dr N. \_\_\_\_\_ pour conclure que, sur le plan physique, après une période d'incapacité totale consécutive à l'accident du 9 octobre 2010, le recourant a ensuite récupéré une entière capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> octobre 2011, sans aucune restriction au niveau somatique.

**b)** Sur le plan psychique, il est constant que le recourant a été ausculté le 11 mars 2013 par le Dr Y. \_\_\_\_\_ du SMR. Dans le rapport du 5 avril 2013 établi à la suite de cet examen, ce spécialiste n'a retenu aucune pathologie psychiatrique de nature incapacitante et, corollairement, n'a pas mentionné d'incapacité de travail ou de limitations fonctionnelles de ce chef. Seuls ont été posés des diagnostics sans impact sur la capacité de travail, sous forme de troubles mentaux et du comportement liés à

l'utilisation d'opiacés avec utilisation continue, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés avec régime de substitution et surveillance médicale, ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés avec symptômes dépressifs au premier plan (cf. rapport d'examen clinique du 5 avril 2013 p. 5).

A l'examen des pièces du dossier, la Cour de céans ne décèle aucun indice susceptible d'infirmar la position du Dr Y.\_\_\_\_\_.

Dans ses rapports des 1<sup>er</sup> novembre et 19 décembre 2012 (à la teneur strictement identique), le Dr Q.\_\_\_\_\_ a, pour sa part, mentionné à titre d'atteintes incapacitantes un état dépressif chronique existant depuis l'enfance, ainsi qu'une toxicomanie existant depuis 2001 ou en d'autres termes depuis les trente et un ans de l'assuré. Il a en outre relevé que l'intéressé était toujours « *accro* » aux stupéfiants, qu'il présentait une importante variabilité de l'humeur et que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, une reprise à 50% étant envisageable dès début 2013. Puis, dans son compte-rendu du 19 novembre 2013, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a signalé les diagnostics de troubles de la personnalité, d'état dépressif et de toxicomanie avec dépendance à l'héroïne, l'incapacité de travail étant considérée comme totale. Cela étant, outre qu'un diagnostic de troubles de la personnalité est venu s'ajouter en 2013 aux atteintes mentionnées en 2012, il faut surtout souligner que si le Dr Q.\_\_\_\_\_ envisageait fin 2012 une reprise du travail à 50% dès début 2013, il est ultérieurement revenu sur sa position sans indiquer les motifs de ce revirement, ce qui incite déjà en soi à appréhender avec réserve l'appréciation de ce praticien. Quoi qu'il en soit, la position du médecin traitant ne résiste pas à l'examen ainsi qu'il sera démontré plus bas.

Figure par ailleurs au dossier un rapport des Drs F.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ du Département de psychiatrie du Centre hospitalier H.\_\_\_\_\_ du 4 juin 2009, concluant à des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'héroïne (avec régime de substitution et sous surveillance médicale), à des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation

d'alcool (actuellement abstinent), à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, ainsi qu'à un trouble mixte de la personnalité avec traits narcissique et dépendant, retenant une inaptitude au travail sur le plan médical et estimant qu'il y avait lieu de traiter l'épisode dépressif avant d'envisager une reprise d'activité. Or, pour les motifs exposés ci-après, cette appréciation ne permet pas non plus de remettre en cause les conclusions du Dr Y.\_\_\_\_\_.

S'agissant tout d'abord de la question des troubles de la personnalité, il ressort du rapport du 4 juin 2009 que les Drs F.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ ont avant tout fait mention de traits narcissiques et dépendants de la personnalité, observant que l'assuré pouvait se montrer dénigrant avec son entourage, qu'il s'attribuait par moments des qualités exceptionnelles et qu'il luttait contre la dépendance relationnelle (cf. rapport du 4 juin 2009 p. 3 par. 2). Ces médecins n'ont toutefois pas expliqué en quoi les traits de personnalité évoqués étaient constitutifs en l'espèce d'un trouble de la personnalité clairement constitué, pas plus qu'ils n'ont démontré en quoi les éléments mis en exergue étaient source de difficultés de socialisation ou d'insertion professionnelle. Plus généralement, les Drs F.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ se sont gardés de parler d'une incapacité de travail en lien avec cette problématique. Quant au Dr Q.\_\_\_\_\_, il n'a fourni aucune motivation à l'appui du diagnostic de troubles de la personnalité posé dans son rapport du 19 novembre 2013. Par ailleurs et surtout, on rappellera que le Dr Y.\_\_\_\_\_ a expressément indiqué que l'anamnèse ne permettait pas de conclure à un trouble de la personnalité décompensé à l'origine d'une atteinte invalidante à la santé (cf. rapport d'examen clinique du 5 avril 2013 p. 6). Dans ces circonstances, on ne saurait donc conclure à un trouble de la personnalité susceptible d'entraîner une invalidité.

Concernant la symptomatologie dépressive, il résulte de l'anamnèse détaillée contenue dans le rapport d'examen clinique du SMR du 5 avril 2013 que le recourant a obtenu un CFC de monteur-électricien en 1991, après un échec initial à l'examen pratique dû à des difficultés relationnelles avec son premier patron, et que, sous réserve d'une période

entre 1995 et 1998 où il s'est consacré la musique, il a travaillé régulièrement jusqu'à son licenciement en 2008, dont plusieurs années pour le compte de son dernier employeur (cf. rapport d'examen clinique du 5 avril 2013 p. 1). Toujours au niveau anamnestique, l'assuré a indiqué avoir commencé à prendre des substances psychoactives dès l'âge de seize ans et a de surcroît décrit une consommation excessive d'alcool jusqu'en 2001, époque marquant le début de sa consommation d'héroïne d'abord fumée puis sniffée pendant environ sept ans, avant de passer à une consommation par injection à partir de 2008 ; il a également évoqué des idées noires dès l'âge de huit ans (cf. ibid. p. 2). Lors de l'examen clinique, l'intéressé a également précisé qu'il était toujours consommateur d'héroïne, par voie nasale ou injectable, et qu'il prenait quotidiennement de la méthadone (cf. ibid. p. 3). Sur cette base, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a conclu à l'absence de maladie psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail avant 2008 ; au regard de l'anamnèse, il a considéré en revanche que l'assuré avait présenté un probable trouble thymique dès l'âge de huit ans, sans impact sur la capacité de travail, et a précisé qu'en ce sens il s'écartait du diagnostic d'état dépressif dès l'enfance évoqué par le Dr Q. \_\_\_\_\_ (cf. ibid. p. 6). Sur ce point, c'est donc à tort que le recourant reproche aux médecins du SMR de ne pas s'être positionnés quant aux divergences entre leur appréciation et celle des médecins traitants (cf. mémoire de recours du 2 septembre 2013 p. 6). De même, c'est en vain que le recourant se prévaut de difficultés dans sa scolarité et son apprentissage, ainsi que de périodes d'inactivité (cf. ibid. p. 8), ces éléments ne permettant pas à eux seuls de préjuger de l'existence de troubles psychiques et encore moins de troubles psychiques invalidants. En particulier, l'anamnèse établie lors de l'examen clinique au SMR a montré que l'échec initial de l'assuré à l'examen pratique pour l'obtention du CFC de monteur-électricien était dû à des problèmes relationnels avec son maître de stage de l'époque, et en aucun cas à une décompensation du point de vue psychique ; à tout le moins, on ne saurait déduire de l'échec à un tel examen pratique - situation connue par nombre d'apprenti(e)s chaque année - la présence d'un trouble dépressif incapacitant. D'ailleurs, rien de tel ne résulte du rapport du Département de psychiatrie du Centre hospitalier H. \_\_\_\_\_ du 4 juin 2009, qui

distingue entre le mal-être ressenti par l'assuré dès son enfance et un épisode dépressif présenté depuis 2007. Dans ce contexte, il y a encore lieu de souligner l'absence de suivi psychiatrique régulier. Pour l'ensemble de ces motifs, on ne saurait donc s'arrêter sur le diagnostic d'état dépressif dès l'enfance retenu - sans réelle motivation - par le Dr Q.\_\_\_\_\_.

Il apparaît au contraire que la symptomatologie dépressive ne peut être dissociée de la dépendance à l'héroïne. A cet égard, l'analyse du dossier montre que si l'assuré a certes consommé régulièrement du haschisch entre l'âge de 16 et 24/25 ans ainsi que du LSD à une occasion vers l'âge de 25 ans (cf. rapport d'examen clinique du 5 avril 2013 p. 2), il a en revanche initié sa consommation d'héroïne en 2001, à l'âge de trente et un ans, suite à une relation entamée à l'époque avec une femme elle-même sous le coup d'une addiction à cette substance (cf. rapport des Drs F.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ du 4 juin 2009 p. 1 s.). Il suit de là que la dépendance à l'héroïne peut être mise en relation avec un événement bien spécifique du parcours personnel du recourant, sans lien direct avec sa consommation d'autres substances psychoactives ou avec sa consommation d'alcool décrite comme précédemment excessive. A cela s'ajoute qu'aux termes de leur rapport du 4 juin 2009, les médecins du Département de psychiatrie du Centre hospitalier H.\_\_\_\_\_ ont bel et bien conclu à des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'héroïne. Bien plus, ils ont concédé ne pas avoir tout à fait compris l'origine de l'épisode dépressif présenté depuis 2007 par l'assuré hormis la consommation de drogues ayant des effets dépressogènes. Quoi qu'en dise le recourant, ces éléments constituent autant d'indices parlant à l'encontre d'une dépendance secondaire à un trouble psychiatrique préexistant. Corrélativement, la Cour de céans ne voit en l'état aucune raison de s'écarter de l'appréciation du Dr Y.\_\_\_\_\_, lequel, se fondant sur l'anamnèse professionnelle du recourant, a admis le caractère primaire de la toxicodépendance de l'assuré et a considéré que l'épisode dépressif présenté par l'intéressé - d'intensité moyenne, selon les avis concordants du psychiatre du SMR (cf. rapport d'examen clinique du 5 avril 2013 p. 6) et des médecins du Département de psychiatrie du Centre

hospitalier H.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 4 juin 2009 p. 2) - faisait partie des troubles mentaux dus à la consommation d'opiacés (cf. rapport d'examen clinique du 5 avril 2013 p. 6). En particulier, le compte-rendu établi le 4 juin 2009 par les Drs F.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ ne permet pas d'arriver à une autre conclusion ; peu importe, notamment, que la reprise d'une activité professionnelle y soit subordonnée à la mise en œuvre d'un traitement de l'épisode dépressif, les psychiatres du Centre hospitalier H.\_\_\_\_\_ n'ayant pu mettre cet épisode que sur le compte de la toxicodépendance du recourant.

Il suit de là que l'on ne peut suivre le recourant lorsqu'il prétend que sa dépendance serait induite par des problèmes psychiques incapacitants (cf. mémoire de recours du 2 septembre 2013 p. 8). Les éléments qui précèdent montrent bien plutôt qu'à l'origine de son addiction, l'assuré ne présente pas de comorbidité psychiatrique d'un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain. Au surplus, le recourant n'a pas non plus amené de documents médicaux incitant à penser qu'une atteinte invalidante à la santé psychique pourrait persister ensuite d'un sevrage.

On retiendra dès lors que, du point de vue psychiatrique, le recourant ne souffre d'aucune pathologie incapacitante, étant précisé que la déchéance sociale à laquelle a conduit sa toxicodépendance ne saurait à ce stade être assimilée à une atteinte à la santé de caractère invalidant.

**c)** Au regard de ce qui précède, la Cour de céans conclut qu'il ne se trouve au dossier aucun avis médical - que ce soit sous l'angle somatique ou psychique - qui inciterait à doute des conclusions exposées dans le rapport d'examen bidisciplinaire des Drs N.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_ du 5 avril 2013, conclusions du reste confirmées par le Dr V.\_\_\_\_\_ du SMR le 16 mai 2013.

Par ailleurs et surtout, le rapport précité des Drs N.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_ est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte tant de l'anamnèse que des plaintes du

recourant, et ses conclusions sont claires et dûment motivées. Il satisfait ainsi en tous points aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3d supra).

C'est du reste en vain que le recourant met en doute la fiabilité du rapport d'examen clinique du 5 avril 2013 au motif que les médecins du SMR sont liés à l'OAI par un rapport de travail et qu'il ne s'agirait donc pas de praticiens indépendants (cf. mémoire de recours du 2 septembre 2013 p. 6). A cet égard, la jurisprudence fédérale a eu l'occasion de souligner qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour le seul motif qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur, comme un médecin au service du SMR (cf. TF 9C\_359/2009 du 26 mars 2010 consid. 4.2 et les références citées). Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4). Or, rien dans l'argumentation du recourant ne tend à en faire la démonstration dans le cas particulier.

Cela étant, il convient donc de retenir avec l'OAI que si l'assuré s'est certes retrouvé en incapacité de travail dès le 9 octobre 2010, celle-ci a toutefois duré moins d'une année puisque l'intéressé a ensuite récupéré une pleine capacité de travail dans toute activité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2011, et cela tant sur les plans somatique que psychique. En ce sens, le recourant ne satisfait donc pas aux conditions de l'art. 28 LAI, de sorte qu'il ne peut prétendre à une rente AI. Faute d'invalidité, on ne voit en outre pas non plus ce qui justifierait, dans le cas particulier, de faire droit aux conclusions de l'assuré tendant à la mise en œuvre de mesures de réinsertion ou de mesure d'ordre professionnelle.

**5. a)** Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais judiciaires, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours déposé le 2 septembre 2013 par P.\_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision rendue le 28 juin 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat.
- IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap, Service juridique (pour P. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :