

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 mars 2016

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
M. Neu et M. Küng, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, Intégration handicap, service juridique, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6ss et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1-2, 28a al. 1 et 29 al. 1 et 3  
LAI**

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

**A.** J. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], en Suisse depuis 1984, a travaillé en dernier lieu en tant qu'aide-électricien à 100% pour l'entreprise N. \_\_\_\_\_, de septembre 1987 à avril 1997. Le 15 avril 1997, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité, en alléguant une incapacité de travail totale au motif de « calcification des tendons qui font bouger les hanches » ainsi que de douleurs constantes.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 16 mai 1997, dans sa profession d'aide-électricien sur les chantiers, l'assuré était rémunéré à raison de 42,5 heures de travail par semaine (soit 8,5 heures par jour) au tarif horaire brut de 25 fr. 55 dès le 8 janvier 1996.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé) a confié la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) aux médecins du Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI), qui ont examiné l'assuré le 12 avril 2000. Dans leur rapport déposé le 18 octobre suivant, les Drs M. \_\_\_\_\_, médecin-chef, S. \_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint, et D. \_\_\_\_\_, psychiatre, ont posé les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2 selon la Classification internationale des maladies, CIM-10), d'agoraphobie sans trouble panique (F40), de syndrome de dépendance aux opiacés (F11.2), de périarthropathie chronique de la hanche gauche d'origine indéterminée, sur ossification du tendon proximal du muscle droit antérieur (M77), de status post maladie d'Osgood-Schlatter au genou droit et de status post ablation de calcifications du tendon rotulien droit en novembre 1988. Si d'un point de vue strictement rhumatologique, une activité adaptée (soit permettant d'éviter les positions accroupies ainsi que les descentes d'escaliers) était envisageable à un taux de 100%, du point de vue psychiatrique en revanche, l'assuré présentait un état dépressif sévère, compliqué d'une agoraphobie et d'une dépendance aux opiacés, avec

consommation persistante depuis 1988 d'héroïne malgré un traitement substitutif de méthadone et un suivi psychiatrique, de sorte qu'au vu de la problématique globale, mais principalement psychiatrique, sa capacité résiduelle de travail ne dépassait pas 20%, même dans une activité adaptée. Selon les experts, cette situation perdurait probablement depuis le mois de juin 1988, date de la séparation de l'assuré d'avec son épouse, l'état psychologique et, par conséquent, la capacité résiduelle de travail étant toutefois susceptibles d'amélioration, soit au travers d'un éventuel sevrage aux opiacés, soit en cas de retour au [...] avec un bon encadrement familial dans ce pays, par une diminution de l'isolement social auquel l'assuré se trouvait confronté. Compte tenu d'une prise en charge psychiatrique récente (cinq mois environ), la situation était à réévaluer dans un délai d'un à deux ans.

Suivant les avis contraires des 24 octobre 2000 et 29 mai 2001 du Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin du Service Médical Régional (SMR), l'OAI a, par décision du 30 juillet 2001, rejeté la demande de prestations présentée le 15 avril 1997, au motif que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI, que ce soit sur le plan somatique ou sur le plan psychique.

Par jugement du 18 décembre 2003 (TASS AI [...] - [...]), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours déposé le 29 août 2001 par l'assuré et confirmé la décision de refus de prestations du 30 juillet 2001. Il a notamment considéré ce qui suit :

"[...]b) En l'espèce, ainsi que l'a relevé le Dr Q.\_\_\_\_\_, les experts ne retiennent pas de limitations fonctionnelles sur le plan physique, seul l'état dépressif justifiant, selon l'expertise, le taux d'incapacité de travail que cette dernière retient, de sorte que la seule question qui subsiste est celle de savoir si l'assuré présente une atteinte à la santé psychiatrique invalidante au sens de la LAI.

L'assuré présente un état dépressif récurrent qui n'est pas stabilisé. Cet état est susceptible d'une évolution favorable. Il est de plus très influencé par des facteurs psycho-sociaux ; l'assuré a d'ailleurs lui-même relevé lors de l'expertise que sa thymie s'est nettement améliorée pendant son séjour au [...], alors qu'il était très bien entouré par sa famille ; le fait que, lors de ce même séjour, il y a eu, toujours selon l'assuré, une nette amélioration au niveau de l'intensité de ses douleurs (avec, comme conséquence, une claire

diminution de la posologie d'antalgiques) invite à penser que les facteurs extra-médicaux prédominent.

L'expertise indique que « M. J. \_\_\_\_\_ reconnaît lui-même la primauté de l'aspect psycho-social sur la symptomatologie rhumatismale ». S'étant demandé, comme le veut la jurisprudence, si l'expertise contient suffisamment d'éléments pertinents, d'ordre purement médical, pour que l'on puisse se convaincre, dans le cas particulier, que l'intéressé n'est pas en mesure de reprendre pleinement une activité lucrative, le Tribunal considère que les différentes affections dont souffre le recourant trouvent leur source dans des facteurs sociaux-culturels, facteurs dont l'AI n'a pas à répondre.

Le Tribunal retient ainsi que les conclusions du rapport d'expertise sur le plan psychique ne sont pas concluantes et que l'assuré ne présente pas d'atteinte à la santé psychique invalidante au sens de l'article 4 LAI.

4. Il reste encore à examiner si la toxicomanie du recourant peut justifier une rente d'invalidité.

[...]En l'espèce, la toxicomanie du recourant est stabilisée, elle est contenue et traitée. Le rapport d'expertise indique que lors de son séjour au [...], l'amélioration de la thymie du recourant avait eu pour conséquence l'interruption de la prise d'héroïne.

Elle n'entraîne pas une incapacité de travail en tant que telle et n'est dès lors pas invalidante au sens de la LAI.

5. Le recourant ne présente ainsi aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI.[...]"

Ce jugement n'a pas fait l'objet d'un recours.

**B.** L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 8 octobre 2008, en alléguant une péjoration de son état de santé depuis sa première demande.

Par décision du 6 octobre 2009, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande présentée par l'assuré, motif pris que ce dernier n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis sa précédente demande de prestations rejetée par décision du 30 juillet 2001 confirmée par le jugement précité du Tribunal des assurances.

Le 15 octobre 2009, J. \_\_\_\_\_, assisté par Me Jean-Marie Agier, a demandé la révision du jugement rendu le 18 décembre 2003 par le

Tribunal des assurances, en faisant valoir que, dans un rapport du 31 octobre 2008, les Drs G.\_\_\_\_\_, médecin assistante psychiatre et X.\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de psychiatrie communautaire du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), posaient le diagnostic d'état de stress post traumatique. Ce diagnostic était nouveau, et n'avait pas pu être pris en considération à l'époque du jugement entrepris.

Par jugement du 6 juin 2011 (CASSO AI [...] - [...]), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis la demande de révision et révisé le jugement du 18 décembre 2003 comme suit :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision du 30 juillet 2001 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- IV. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens."

La Cour a retenu en substance que les Drs G.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ avaient effectivement posé un diagnostic nouveau, à savoir celui d'état de stress post traumatique ou de modification durable de la personnalité à la suite d'un traumatisme, ce qui constituait des faits nouveaux au sens des art. 61 let. i LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1) et 100 al. 1 let. b LPA-VD (loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 ; RSV 173.36). La Cour a encore précisé ce qui suit :

"6. Le diagnostic d'état de stress post traumatique, voire de modification durable de la personnalité ne suffit pas, à lui seul, à établir la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Le diagnostic en question mérite par ailleurs confirmation dans le cadre d'un rapport d'expertise décrivant les circonstances qui le fondent de manière plus détaillée que ne le font les Drs G.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_. Les rapports produits par l'assuré à l'appui de sa demande de révision ne sont pas suffisamment probants de ce point de vue. Il n'en reste pas moins qu'ils rendent plausibles un état de stress post traumatique ou une modification durable de la personnalité, et le fait que l'assuré a pu s'ouvrir sur des circonstances à propos desquelles il n'avait jusqu'à présent pas été capable de s'exprimer. Il s'agit de faits nouveaux importants, dès lors que la capacité de travail totale constatée dans le jugement du 18 décembre 2003 ne peut plus être

considérée comme établie, au degré de la vraisemblance prépondérante, contrairement à ce qui avait été retenu à l'époque. Au contraire, il apparaît qu'un complément d'instruction aurait dû être ordonné, sous la forme d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, pour établir les atteintes à la santé de l'assuré et sa capacité résiduelle de travail. Le dispositif du jugement rendu à l'époque sera donc révisé dans le sens d'un renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il appartiendra à l'expert de prendre position sur le diagnostic d'état de stress post traumatique ou de modification durable de la personnalité, avant de se déterminer sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré."

**C.** A l'occasion de la reprise de l'instruction du cas et suivant un avis du 21 juillet 2011 des Drs R.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ du SMR, l'OAI a confié la réalisation d'une nouvelle expertise médicale au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Cet expert a rendu son rapport le 8 mars 2012, après avoir examiné l'assuré les 22 décembre 2011, 10 janvier et 21 février 2012, pris connaissance du dossier à disposition et s'être entretenu par téléphone avec, et dans l'ordre : le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et alors médecin traitant de l'expertisé, T.\_\_\_\_\_, psychologue et psychothérapeute de l'assuré, et la Dresse Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie et médecin traitant actuel de l'assuré. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants :

- Syndrome de dépendance au cannabis (F12.25)
- Syndrome de dépendance aux opiacés (F11.22)
- Agoraphobie (F40.00)
- Trouble anxieux non spécifié (état de stress post traumatique subsyndromal) (F41.9)
- Trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1)"

L'expert psychiatre a en outre retenu ce qui suit :

#### **"Appréciation diagnostique**

Au terme de son évaluation, le soussigné retient le *syndrome de dépendance au cannabis et aux opiacés, le trouble agoraphobie, un état de stress post traumatique subsyndromal (trouble anxieux non spécifié) et un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen)*.

- *Dépendances*

Les classifications psychiatriques actuelles veulent appréhender la réalité psychopathologique avec précision et avec objectivité. Pour ce motif, elles ont mis en place des critères diagnostiques a-

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

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

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

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

En l'état, l'assuré dit consommer du cannabis depuis des années à hauteur d'un à trois joints par jour. Il considère que ce produit calme quelque peu ses douleurs. Il dit qu'il aurait beaucoup de peine à s'en passer. La tolérance ne peut qu'être établie, au vu du grand nombre d'années de consommation du produit.

L'assuré est sous prescription de méthadone. A côté de ce produit licite, il dit sniffer de l'héroïne à hauteur de deux fois par mois. Il se dit incapable de résister à certaines occasions et notamment lorsqu'il fait des "mauvaises rencontres". Il admet que la tolérance est installée, par rapport au ressenti qu'il y avait au départ de cette toxicomanie.

Au vu de ces éléments, on doit retenir le *syndrome de dépendance au cannabis* et le *syndrome de dépendance à l'héroïne*, tout en mentionnant que ces deux troubles ne sont certainement pas sur les devants de la présentation clinique de l'intéressé.

- *Trouble agoraphobie*

Selon le DSM-IV-TR la caractéristique essentielle de l'agoraphobie est une anxiété liée au fait de se trouver dans des endroits ou des situations de foule et de confinement dont il pourrait être difficile de s'échapper ou de trouver du secours en cas d'attaques de panique. Il s'agit ordinairement de grands magasins, de files d'attente ou de transports publics.

Les sujets en cause s'adaptent en évitant ces types de situation ce qui peut conduire à des limitations plus ou moins importantes de leur autonomie et de leur qualité de vie en général.

Dans le cas présent, l'assuré rapporte depuis des années un évitement des situations de foule et de confinement et essentiellement des grands magasins remplis de monde. Ses plaintes n'ont pourtant rien de sévère. Il faut aller les chercher lors de l'examen clinique. L'assuré ne les rapporte pas spontanément.

Quoi qu'il en soit, il paraît bel et bien justifié de retenir le *trouble agoraphobie*, même s'il n'est pas grave. Le trouble n'est pas associé à des antécédents de trouble panique.

- *Trouble anxieux non spécifié (état de stress post traumatique subsyndromal)*

L'état de stress post traumatique est une entité diagnostique désignant le développement de symptômes caractéristiques, suite à un facteur de stress le plus souvent considéré comme extrême. Cette définition reliant le trauma aux troubles psychiques est le premier réquisit du diagnostic.

La clinique est par ailleurs très spécifique et ne laisse guère de place au doute. Elle est définie par trois catégories de symptômes: les intrusions continues, l'évitement persistant et l'activation neurovégétative (hypervigilance).

Dans le cas présent, il n'y a aucun doute que ce qu'a vécu l'assuré dans le camp de la [...] est de nature à générer des troubles psychiques chez la plupart des sujets qui auraient été exposés à ces traumatismes. Ce que rapporte l'assuré est parfaitement crédible. Les faits correspondent à ce qu'on sait des pratiques de l'époque. Les détails donnés au soussigné confirment qu'il y a eu torture et tortures sophistiquées.

L'expertisé rapporte par ailleurs des intrusions. Celles-ci n'ont pourtant pas de caractère récurrent. Il s'agit de cauchemars, sans plus. Il n'y a pas de véritable flash back.

Les conduites d'évitement ne font par contre pas de doute. L'assuré peine à parler de ce qui s'est passé au [...], même s'il a établi une bonne relation avec le soussigné. Le fait d'évoquer ces événements génère une détresse évidente avec des manifestations neurovégétatives observables.

Si l'expertisé relate quelques éléments d'hyperéveil (sursauts, troubles attentionnels, oublis), on n'a certainement pas la véritable hyperactivation neurovégétative observée dans les états de stress post traumatique florides.

Enfin, l'assuré ne présente pas le numbing très typique des états de stress post traumatique graves. Il crée un bon lien affectif avec l'examineur. Il est resté capable de s'attacher à ses enfants et à ses petits-enfants. Il ne présente pas ce symptôme de détachement

affectif que certains considèrent comme pathognomonique du trouble état de stress post traumatique.

Il est vraisemblable que M. J. \_\_\_\_\_ ait présenté un tableau complet d'état de stress post traumatique dans les mois qui ont suivi ses incarcérations. Le trouble a pourtant évolué vers une rémission au moins partielle. L'assuré a pu travailler normalement. Il a pu émigrer en Suisse. Il s'est mis en couple et a eu ses enfants. Quelque soit la sévérité de ce qu'a vécu l'intéressé au [...], force est de constater que M. J. \_\_\_\_\_ s'est relativement bien rétabli et qu'il a pu vivre normalement pendant des années.

L'assuré a été incarcéré en Suisse pendant près de trois ans. Il ne rapporte aucun trouble psychique majeur à l'époque. Sans que ce soit une règle, on aurait pourtant pu s'attendre à l'exacerbation de la symptomatologie d'état de stress post traumatique lors de l'exécution de la peine, si le trouble n'avait pas été en rémission.

En l'état actuel de l'observation, il subsiste par conséquent des éléments d'état de stress post traumatique. Ceux-ci ont été recensés plus haut. Il n'y a pourtant plus le seuil diagnostique du trouble. Certains auteurs parlent alors d'état de stress post traumatique subsyndromal. Dans de telles circonstances, on peut noter le trouble au travers de ce que désigne le concept de trouble anxieux NS (non spécifié) du DSM-IV-TR.

- *Trouble dépressif récurrent*

Les ouvrages diagnostiques de référence comprennent un chapitre des troubles affectifs qui classe les différents tableaux cliniques de ces divers troubles selon les critères de sévérité, de l'éventualité d'une récurrence et d'une éventuelle alternance entre des phases d'élévation et d'abaissement de l'humeur. Les *troubles bipolaires et dépressifs majeurs* sont les maladies les plus graves. La *dysthymie* et la *cyclothymie* caractérisent des affections moins sévères, qui, dans la règle, ne devraient pas engendrer une incapacité de travail à elles seules.

Dans le cas présent, on retrouve deux des symptômes cardinaux d'un épisode dépressif à savoir la tristesse et la fatigue anormales, la plupart du temps, tous les jours et maintenant depuis plusieurs mois. La perte d'intérêt et du plaisir ne devrait pas être retenue puisque l'assuré rapporte authentiquement qu'elle est inconstante.

Par ailleurs, on note la diminution de l'estime de soi, des difficultés à penser et à se concentrer, des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit avec actuellement perte de poids.

Ce tableau symptomatologique n'est pas en discordance avec la présentation de l'assuré. M. J. \_\_\_\_\_ est plutôt triste. Il pourrait être légèrement ralenti. La présentation globale va dans le sens d'un état dépressif, bien qu'il ne soit manifestement pas sévère.

Au vu de ce qui précède, le soussigné retient *l'épisode dépressif*. Il le qualifie de moyen ou modéré, conformément aux requisits de la CIM-10 sur ce point. Ce degré de gravité est d'ailleurs corroboré par

le score de l'échelle d'évaluation de la dépression du 22.12.2011 et du 21.02.2012.

La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque n'a pas été contributive. Le trouble bipolaire doit dès lors être réfuté.

L'anamnèse parle en faveur d'épisodes dépressifs multiples et de phases de rémission, compte tenu de ce qui a été noté dans l'évaluation D. \_\_\_\_\_ du 14.04.2000. On peut dès lors admettre la récurrence.

Au vu de ce qui précède, on doit retenir un *trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen)* selon la terminologie de la CIM-10 ou un *trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen)*, selon la terminologie du DSM-IV-TR.

Cette appréciation diagnostique rejoint ce qu'on retrouve au dossier, tout en sachant que le tableau dépressif actuel est moins sévère que ce qui a été observé en 2000.

- *Autres pathologies psychiatriques*

Au terme de cette évaluation, le soussigné écarte un trouble de personnalité significatif chez un sujet qui a tout de même bien fonctionné jusqu'à la fin des années 1980 et qui s'est montré particulièrement résilient face aux traumatismes psychiques qu'il a vécus dans l'enfance et au début de l'âge adulte.

La question d'une modification durable de la personnalité comme séquelle d'un état de stress post traumatique a été investiguée avec beaucoup de soin.

Le trouble modification durable de la personnalité suppose des arguments déterminants en faveur d'un changement manifeste et persistant de la personne dans ses modes de perception, de relation et de pensée relatifs à l'environnement et à soi-même suite à une exposition à un facteur de stress exceptionnel.

En l'absence de possibilité d'avoir des témoignages extérieurs sur ce point, le soussigné a questionné l'intéressé. M. J. \_\_\_\_\_ ne rapporte pas de rupture dans son fonctionnement ordinaire depuis son adolescence. Il dit se reconnaître tout au long de son parcours de vie. Son seul commentaire est qu'il tend à s'apaiser quelque peu avec l'âge. Il se dit moins réactif aux événements de la vie quotidienne depuis quelques années. Il ne mentionne pas de modifications de sa personnalité après l'incarcération et les tortures subies au [...].

### **Appréciation asséculoologique**

Au terme de son évaluation, le soussigné retient les problèmes de *dépendance au cannabis et aux opiacés, le trouble agoraphobie, un trouble anxieux non spécifié et un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel est moyen.*

- *Dépendances*

Dans le contexte d'une expertise pour l'assurance-invalidité, il est ordinairement admis que l'abus d'alcool et les autres toxicomanies, au même titre que l'obésité, ne justifient pas à elles seules une incapacité de travail. L'expert médical doit par conséquent préciser:

- si les alcoolismes et les autres toxicomanies sont eux-mêmes la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité (toxicomanie secondaire)

ou

- si les alcoolismes et les autres toxicomanies sont eux-mêmes à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif.

Dans le cas présent, les syndromes de dépendance au cannabis et aux opiacés ne paraissent pas graves. Ils ne l'ont probablement jamais été. L'assuré a pu travailler normalement tout en consommant ces produits entre 1988 et 1996, d'après les informations à disposition.

Le fait que M. J. \_\_\_\_\_ consomme de l'héroïne, vraisemblablement à hauteur de deux prises par mois et du cannabis à hauteur d'un à trois joints par jour ne semble pas générer de limitations, quelles qu'elles soient.

Sur le plan des limitations, on devrait admettre qu'après prise du produit, l'intéressé serait diminué pour des activités professionnelles nécessitant une grande attention. On devrait aussi admettre que la conduite automobile après prise de produits devrait être interdite, ce qui vaudrait pour une limitation sur ce point. Dans les faits, l'expertisé dit qu'il ne conduit plus à cause des douleurs aux hanches. Il ne semble pas avoir eu de problèmes au travail qui pourraient être liés à un usage de substances psychoactives, d'après les informations à disposition.

L'examen clinique et le test de Folstein couplé au test de la montre permettent de raisonnablement exclure une atteinte cérébro organique suite à l'abus de substances psycho actives. Au vu des produits utilisés, on n'en comprendrait d'ailleurs mal le mécanisme.

Au vu de ces éléments, il n'est pas justifié de retenir une incapacité de travail relevant du syndrome de dépendance au cannabis et aux opiacés.

- *Agoraphobie*

L'assuré rapporte des conduites d'évitement qui correspondent à ce que décrit le trouble agoraphobie dans les ouvrages diagnostiques de référence. Celles-ci ne sont pourtant pas extrêmement marquées. A la connaissance du soussigné, l'expertisé n'a jamais demandé de traitement spécifique pour ce motif. Il n'annonce le trouble qu'à la demande.

S'il y a bien agoraphobie, elle n'est certainement pas particulièrement sévère. Elle ne génère pas de limitations importantes. Pour le soussigné, elle ne saurait valoir pour une

incapacité de travail pour les métiers que l'assuré a exercés jusqu'ici.

- *Trouble anxieux non spécifié (état de stress post traumatique subsyndromal)*

Le bref rapport d'expertise du 18.10.2000 a évoqué la possibilité de séquelles de l'emprisonnement et des tortures que l'expertisé a subies dans son pays. Il n'a pourtant pas constaté de véritable trouble état de stress post traumatique. Lorsqu'elle est significative et incapacitante, cette pathologie a ses signes et symptômes suffisamment marqués pour qu'elle apparaisse au grand jour, même si ces sujets évitent de parler du traumatisme en cause.

Il est vrai que l'assuré présente une symptomatologie résiduelle d'état de stress post traumatique. Il y a des conduites d'évitement de ce qui pourrait rappeler le trauma initial. Le sujet évite de parler de ce qu'il a vécu à la [...]. Il évite de s'exposer aux indices de ce qui s'est passé à l'époque. Il présente une détresse avec quelques manifestations neurovégétatives lorsqu'il est confronté à ses souvenirs.

Comme cela a été rapporté plus haut, on n'a pas aujourd'hui tous les critères diagnostiques du trouble état de stress post traumatique. Il en reste des signes et symptômes épars. Certains auteurs parlent alors d'état de stress post traumatique subsyndromal.

M. J. \_\_\_\_\_ a probablement présenté un tableau complet du trouble dans les mois suivant ses incarcérations et la torture au [...]. Les choses ont évolué vers la rémission, comme c'est le plus souvent le cas. On peut même affirmer que l'intéressé s'est montré particulièrement résilient.

Dans les suites, l'assuré dit avoir travaillé normalement dans son pays. Il a pu se lier à une compagne, se marier et avoir des enfants. Rien n'indique que l'émigration ait manifestement échoué. M. J. \_\_\_\_\_ a travaillé de nombreuses années en Suisse, sans problème psychiatrique patent. La toxicomanie semble être restée "contrôlée". Il n'y a pas notion d'incapacité de travail directement en rapport avec l'usage d'héroïne et de cannabis.

M. J. \_\_\_\_\_ a fait de la prison en Suisse. Rien n'indique qu'il ait alors présenté des troubles psychiques aigus. Il rapporte quelques consultations de psychiatres pendant son incarcération, sans plus. S'il y avait eu trouble état de stress post traumatique et trouble suffisamment grave pour déterminer des dysfonctionnements, on voit mal comment cet assuré aurait pu supporter de nouvelles incarcérations sans faire l'objet d'une prise en soins intensive voire d'hospitalisation en milieu carcéral.

En l'état, il subsiste bel et bien une symptomatologie résiduelle d'état de stress post traumatique survenu dans les suites immédiates des incarcérations et de la torture au [...]. Cette symptomatologie ne génère pourtant pas de limitations significatives ni d'incapacité de travail dans les activités que cet assuré a exercées jusqu'ici. Elle n'en générerait pas au moment de l'évaluation du 18.10.2000, sans quoi elles auraient dû être

constatées et explicitement retenues dans l'expertise de l'époque, même si ce sujet n'était pas capable de rapporter ce qu'il a vécu à la [...].

- *Trouble dépressif*

Relier un trouble dépressif à une incapacité de travail est toujours un exercice difficile. Une ligne de conduite pourrait être d'assimiler les épisodes dépressifs sévères à une incapacité de travail, de récuser cette dernière lorsqu'on est face à un épisode qualifié de léger et de laisser la discussion ouverte pour les épisodes dits moyens.

Dans les faits, les choses sont plus complexes. L'appréciation peut rester fortement tributaire des informations données par la personne en cause. La valeur incapacitante des troubles dépressifs est aussi plus liée à certaines de leurs caractéristiques (incapacité à penser, perte d'énergie, baisse d'intérêt, ralentissement) qu'à leur degré de sévérité. L'impression clinique d'un praticien expérimenté et neutre reste certainement le meilleur outil d'une appréciation le plus souvent difficile.

En l'état actuel de la présentation de l'assuré, l'état dépressif est de gravité moyenne. Il vaut pour des limitations:

- Elles relèvent de la fatigue, la fatigabilité et d'un probable ralentissement psychomoteur qui altèrent le rendement de l'intéressé.
- Elles relèvent des difficultés à mémoriser, à penser et à se concentrer qui peuvent générer des erreurs et ralentir le travail de l'intéressé.
- Elles relèvent du manque de confiance en soi et des cognitions négatives liées à la dépression qui peuvent altérer la capacité à élaborer des projets et à les conduire à terme, aussi petits soient-ils.

En se fondant sur ce qui a été observé et documenté au cours de ce travail d'expertise psychiatrique, le soussigné considère qu'il est justifié de retenir une incapacité de travail psychiatrique pour le trouble dépressif de l'intéressé, quelle que soit l'activité qui lui serait proposée.

## **Conclusions**

En conclusion, M. J. \_\_\_\_\_ est un ressortissant [...] de 54 ans qui rapporte de sévères traumatismes psychiques dans l'enfance et au début de l'âge adulte. L'incarcération et la torture au [...] sont ici un facteur de stress suffisamment grave pour générer des troubles psychiatriques chez la plupart des gens qui y seraient exposés.

Dans les faits, M. J. \_\_\_\_\_ s'est plutôt montré résilient. S'il y a vraisemblablement eu des troubles psychiatriques francs au départ, il a pu s'insérer socialement et professionnellement tant au [...] qu'en Europe.

Depuis 1988, il y a notion d'une toxicomanie et vraisemblablement d'une toxicomanie en couple, au moins pour quelque temps. Celle-ci ne semble pas avoir été d'extrême sévérité et n'a apparemment

jamais généré des incapacités de travail en soi, d'après les informations à disposition.

Dans le contexte de douleurs de l'appareil locomoteur, l'assuré a développé des troubles psychiques. Il n'a pas repris d'activité lucrative depuis 1996, selon ce qu'on trouve au dossier à ce sujet.

L'expertise de la policlinique médicale universitaire du 18.10.2000 comprend un bref rapport d'examen psychiatrique qui retient une pathologie anxieuse et dépressive et évoque des séquelles psychiatriques de l'incarcération au [...], sans rien mentionner de plus.

Le soussigné retrouve un tableau clinique comparable à ce qui a été observé à l'époque, tout en étant à même d'affirmer que l'épisode dépressif est aujourd'hui de degré moyen, si l'on applique les règles usuelles en la matière. Pour le soussigné, les discrets éléments d'état de stress post traumatique constatés aujourd'hui et vraisemblablement déjà présents avec la même intensité en 2000 ne sont pas de nature à générer des limitations et une incapacité de travail per se pour les activités que l'assuré a exercées jusqu'ici.

Au vu de ce qui est constaté aujourd'hui en termes de *maladie* psychiatrique stricto sensu et du trouble dépressif en particulier, le soussigné considère qu'on doit admettre une incapacité de travail psychiatrique de 40%, quelle que soit l'activité qui pourrait être proposée à l'intéressé.

Il est difficile de savoir à quand pourrait remonter cette incapacité de travail psychiatrique. L'expertise du 18.10.2000 retient des limitations essentiellement psychiatriques tout en se fondant sur un rapport psychiatrique pour le moins succinct pour ne pas écrire lapidaire. Sur le plan médical, le soussigné considère que le rapport d'examen psychiatrique n'était pas suffisamment complet pour qu'il permette d'apprécier correctement cette situation.

Le trouble dépressif semble s'être véritablement imposé en juin 1998, dans le contexte de la séparation. Il est par la suite passé par des hauts et des bas, avec notamment une nette amélioration lors d'un séjour de l'assuré au [...]. S'il a pu être transitoirement sévère, le trouble dépressif ne l'a pas toujours été, au vu de ce qu'on sait du traitement depuis lors et de ce que rapporte l'assuré.

Le soussigné considère qu'une incapacité de travail psychiatrique moyenne de 40% devrait être admise depuis le 01.06.1998, quelles que soient les décisions qui ont été prises depuis lors. Cette incapacité de travail psychiatrique moyenne de 40% est probablement restée constante jusqu'à aujourd'hui. Elle est vraisemblablement fixée pour une longue durée.

Actuellement, le traitement semble s'être structuré autour du nouveau médecin traitant de [...]. Une psychothérapie est en place. Le soussigné n'a rien de plus à proposer.

Des mesures professionnelles ne se justifient vraisemblablement pas chez un sujet qui n'a aucune demande en ce sens et qui ne se voit pas réintégrer le monde ordinaire du travail.

Le soussigné a examiné l'assuré à trois reprises. Il n'a quant à lui jamais observé de véritable majoration de la symptomatologie. L'assuré est porteur d'une canne anglaise et boîte, même lorsqu'il ne se sent pas observé. Plus de dix ans après la dernière évaluation d'expertise, la question d'une évolution défavorable sur le plan somatique n'est certainement pas entièrement fermée. Le soussigné vous laisse par conséquent juge des informations qui pourraient être demandées à ce sujet au médecin traitant actuel de l'expertisé, voire des investigations complémentaires qui pourraient s'imposer.

Sur le plan psychiatrique, cette situation devrait rester globalement stable et une aggravation ultérieure paraît improbable, en l'absence d'évènements nouveaux."

Au terme d'un avis du 21 mars 2012, le Dr R. \_\_\_\_\_ du SMR s'est rallié à l'opinion du Dr L. \_\_\_\_\_ en retenant que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, justifiait une incapacité de travail de l'assuré à 40% dans toute activité dès le 1<sup>er</sup> juin 1998, étant précisé que l'état de stress post traumatique consécutif aux tortures subies dans son pays natal avait évolué vers une rémission au moins partielle avant l'arrivée en Suisse.

Dans leur avis du 9 mai 2012, les Drs R. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ du SMR ont ajouté que le Dr L. \_\_\_\_\_ décrivait un état dépressif d'intensité variable, déjà relevé dans l'expertise du COMAI de 2000. L'expert avait estimé l'incapacité de travail moyenne à 40% depuis 1998 ; cela signifiait que cette incapacité avait pu être plus ou moins importante au fil du temps. Il s'agissait donc d'une estimation sur le long terme qui n'était pas nécessairement en contraction avec les observations précédentes pouvant témoigner de périodes plus brèves au cours de l'évolution.

Dans un rapport du 10 août 2012 adressé à l'OAI, la Dresse Z. \_\_\_\_\_, qui suivait l'assuré depuis le 21 juillet 2010, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent (depuis au moins une dizaine d'années), de périarthropathie calcifiante symptomatologique de la hanche gauche et de périarthropathie de la hanche droite et gonarthrose interne gauche, ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de syndrome de dépendance à l'héroïne avec substitution à la méthadone et d'hépatite C

chronique de génotype 1A. Dans son anamnèse, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ a en particulier fait état des plaintes de son patient concernant des douleurs du membre inférieur gauche mais également irrégulièrement du membre inférieur droit, constantes et exacerbées par la marche. La prescription d'opiacés en 2011 n'avait pas permis de contrôler les symptômes douloureux, dont l'ampleur était toutefois partiellement gérée par une prise en charge thérapeutique. Qualifiant son pronostic de « sombre » en l'absence de geste thérapeutique à proposer et au vu de la longue évolution sans amélioration, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ indiquait une grande imbrication entre les troubles dépressifs et les douleurs, avec de fréquentes ré-exacerbations témoignant d'une grande fragilité de son patient tant sur le plan physique que psychique. Elle se prononçait dès lors à la faveur d'une incapacité de travail à 100% de l'assuré au long cours, vraisemblablement depuis 1998. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : limitation de la marche, des efforts physiques, nécessité des changements de position fréquents, du port de charges, difficultés d'adaptation / de concentration et de persévérance dans une activité.

Au terme d'un nouvel avis du 4 décembre 2012, le Dr R.\_\_\_\_\_ du SMR a suggéré l'envoi du courrier suivant à la Dresse Z.\_\_\_\_\_ :

“Une expertise psychiatrique récente retient que M. J.\_\_\_\_\_ conserve une capacité de travail de 60%. C'est la raison pour laquelle nous vous demandons de vous prononcer en tenant compte exclusivement de l'atteinte ostéo-articulaire :

- Quelles sont les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires ?
- Quelle est la capacité de travail en % comme maçon ou monteur-électricien du strict point de vue rhumatologique ?
- Quelle est la capacité de travail en % dans une activité adaptée du strict point de vue rhumatologique ?
- Depuis quand ?”

Dans un rapport du 27 mars 2013 au Dr R.\_\_\_\_\_, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ a répondu comme il suit aux questions qui lui étaient adressées :

“Suite à votre courrier je peux répondre ainsi à vos questions ;

1. Limitations fonctionnelles articulaires : il existe une limitation à la marche, la position debout prolongée, aux positions accroupies ou agenouillées, de même que la position assise prolongée.  
Limitations également des efforts soutenus avec le membre supérieur gauche.
2. Quelle est la capacité de travail en % comme maçon ou monteur-électricien ? Compte tenu de ce qui précède, 0%.
3. Quelle est la capacité de travail en % dans une activité adaptée du strict point de vue rhumatologique ? Dans une activité légère, manuelle permettant des changements de position fréquents, on peut retenir une capacité de travail de l'ordre de 50%.
4. Depuis quand ? Sur la base des éléments anamnestiques et des documents en ma possession, vraisemblablement depuis 1998.”

Le 29 avril 2013, le Dr R. \_\_\_\_\_ du SMR s'est exprimé en ces termes sur les réponses de sa consœur :

“La réponse de la Dresse Z. \_\_\_\_\_ figure dans la GED en date du 27.3.2013 (soit après le courriel de M. [...]).

Elle précise les limitations fonctionnelles et confirme l'incapacité de travail totale comme maçon ou monteur-électricien.

La capacité de travail dans une activité adaptée serait ainsi de 50% depuis 1998.

Je propose d'admettre cette estimation.”

Par communication du 1<sup>er</sup> mai 2013, l'OAI a accordé le droit à une mesure d'orientation professionnelle à l'assuré, afin de déterminer ses possibilités de réinsertion professionnelle.

A teneur d'un rapport initial rédigé le 3 juillet 2013 par un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, l'assuré devait être convoqué en août 2013 afin de lui soumettre un projet de réadaptation à l'Atelier I' [...].

Selon une note de suivi « REA » du 14 août 2013, l'assuré étant favorable à entreprendre une mesure de réadaptation à l'endurance, il était convenu d'attendre les dates de l'Atelier I' [...] pour sa mise en place.

Dans une proposition / Bilan de mesure « REA » du 3 septembre 2013, il était prévu la mise en œuvre d'un entraînement à l'endurance de l'assuré du 9 septembre au 13 décembre 2013.

Par communication du 5 septembre 2013, l'Office AI a pris en charge le coût de la mesure précitée d'une durée de trois mois, effectuée auprès de l'Atelier l' [...] à [...].

Selon une note de suivi « REA » du 16 décembre 2013, en raison de son état de santé précaire (problèmes comportementaux), l'assuré ne parvenait pas à exécuter les tâches simples et manquait de concentration et de motivation, de sorte que l'encadrante de l' [...] estimait impossible une prolongation de la mesure.

Dans un avis du 24 janvier 2014, le Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR a résumé en ces termes les différentes investigations menées sur la personne de l'assuré :

“Cet aide-monteur en électricité [...] de 55 ans n'a plus d'activité depuis 1996 ; il est polytoxicomane et avait déposé une première demande AI le 15.05.1997, avec décision de refus de prestations le 30.07.2001, la toxicomanie ayant été considérée comme primaire. Le TCA a confirmé la décision par jugement du 18.12.2003. L'assuré a déposé une seconde demande le 08.10.2008 ; une décision de refus d'entrée en matière, en l'absence de faits nouveaux, est rendue le 06.10.2009. Suite au recours de l'assuré, la Casso ordonne le 06.06.2011 une expertise, rendue le 08.03.2012 par le Dr L. \_\_\_\_\_, qui conclut à une toxicomanie active au cannabis et opiacés, secondaire à un trouble anxieux non spécifié, une agoraphobie et un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen. Parmi ces atteintes, c'est le trouble dépressif qui est incapacitant, à hauteur de 40%, et ceci depuis le 01.06.1998. L'assuré présentant par ailleurs des atteintes ostéo-articulaires (périarthrites des 2 hanches et gonarthrose gauche), la CT médicothéorique est de 50% dans une activité adaptée sédentaire essentiellement assise (Avis SMR du 29.04.2013).

L'assuré n'ayant plus d'activité depuis 1996, des mesures de réinsertion ont été mises en place dès le 09.09.2013, mais dès le début, le comportement de l'assuré pose problème ; il est passif, lent, non impliqué.

Cet assuré de 55 ans, toxicomane, n'a plus d'activité depuis 17 ans, et souffre de dépression. Il est donc partiellement illusoire

d’imaginer une reprise d’activité. Une approche théorique sur la base de CT de 50% dans une activité adaptée serait judicieuse.”

Dans son rapport final du 15 mai 2014, le spécialiste en réadaptation professionnelle de l’OAI a relevé ce qui suit :

### **“Résumé de la situation personnelle du bénéficiaire**

Monsieur J.\_\_\_\_\_ travaillait comme aide-monteur en électricité — étant polytoxicomane et atteint de diverses problématiques de santé, telles que psychiatriques et rhumatologiques, notre assuré ne peut plus exercer un tel métier.

M. J.\_\_\_\_\_ ne travaille plus depuis 1996 et passe son temps à s'occuper des autres toxicomanes à la [...] à [...] — il accompagne son petit-fils à l'école le matin et va ensuite écouter les problèmes rencontrés par les personnes de sa condition. Il est très connu et apprécié en tant qu'éducateur de rue (selon ses dires et ceux de l'Atelier l' [...]).

Malgré tout, sa passivité, son comportement et son manque d'intérêt à retrouver une solution professionnelle mettent, malheureusement, en échec toutes mesures proposées.

Cet assuré marche à l'aide de canne et ceci de manière très lente. Il nous dit, durant toute la mesure de réinsertion, souffrir continuellement (douleurs générales).

Selon nos appréciations lors de la MR et des indications du SMR (voir avis du 24.01.14), il est illusoire que M. J.\_\_\_\_\_ puisse se réinsérer dans le monde économique.

L'atteinte psychiatrique est retenue comme incapacitante depuis 01.06.1998.

Il ne paraît pas son âge — il est marqué par la vie.

### **Résumé des mesures professionnelles mises en place et résultats :**

Mesures de réinsertion mises en échec par l'assuré — il n'arrivait pas à exécuter même les tâches les plus simples — la mesure a dû prendre fin en raison de l'état de santé précaire, du manque de motivation et des souffrances de l'assuré.

Malgré le fait qu'un droit aux mesures d'ordre professionnel soit ouvert, notre assuré ne serait pas apte à suivre quelque formation que ce soit.

Maintenant, si notre assuré avait participé, nous lui aurions proposé de travailler dans le domaine de l'industrie légère comme **ouvrier manutentionnaire** — activité adaptée.”

Le 2 mars 2015, l'OAI a soumis à l'assuré un projet d'acceptation de rente, à la teneur suivante :

**“Résultat de nos constatations :**

Vous exercez l'activité d'aide-monteur en électricité.

Pour raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption notable depuis 1998. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI précité.

A l'échéance du délai en question, soit en 1999 et après consultation des éléments médicaux de votre dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que votre incapacité de travail est totale, dans votre activité habituelle.

Toutefois, une capacité de travail de 50% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à votre état de santé, dès 1998.

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé, soit CHF 54'297.00, avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée.

[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2008 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4'806.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1; niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'998.24 (CHF 4'806.00 x 41,6: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'978.88.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 29'989.44 par année.

[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles ainsi que de votre âge, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 26'990.50

**Comparaison des revenus :**

sans invalidité	CHF	54'297.00
avec invalidité	CHF	26'990.50

La perte de gain s'élève à CHF 27'306.50 = un degré d'invalidité de 50.29%

Toutefois, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29, al.1, LAI). Dès lors, le droit est ouvert dès le 1<sup>er</sup> avril 2009.

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

Dès le 1<sup>er</sup> avril 2009, vous avez droit à une demi-rente, en application d'un degré d'invalidité de 50%."

Le 1<sup>er</sup> avril 2015, représenté par son conseil, l'assuré a fait part de ses observations sur ce projet en proposant d'une part de compléter son stage effectué auprès de l'Atelier l' [...] par une « véritable observation professionnelle » dans l'un des COPAI de l'assurance-invalidité et, d'autre part, d'interroger son psychiatre traitant depuis deux ans, à savoir le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, en lien avec les problèmes rencontrés durant son stage de réinsertion professionnelle.

Le 23 avril 2015, le Dr P.\_\_\_\_\_ a adressé la lettre suivante à l'OAI :

"Madame, Monsieur,

Ces lignes pour vous informer que j'ai fermé mon cabinet médical en début d'année. Par conséquent je vous retourne la demande AI de Mr J.\_\_\_\_\_ et vous suggère de l'adresser à mon successeur, le Dr B.\_\_\_\_\_."

Le 19 juin 2015, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retourné sa demande de rapport à l'Office AI en précisant ne pas suivre l'assuré à sa consultation.

Dans un avis du 30 juin 2015, les Drs H.\_\_\_\_\_ et Z.Z.\_\_\_\_\_, du SMR, ont pris position comme il suit sur le cas de l'assuré :

"Assuré de 56 ans, sans activité lucrative depuis 1996, dont les antécédents médicaux et le parcours asséculo-logique sont résumés dans notre précédent avis SMR. Rappelons qu'au terme d'une longue instruction médicale, et au vu des atteintes psychiatriques et somatiques de l'assuré, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée avait été retenue.

Sur cette base, un projet de décision est rendu le 02.03.15, avec octroi d'une demi-rente depuis le 01.04.09 (invalidité de 50%). L'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, conteste le projet de décision. Ce dernier mentionne d'une part que les mesures effectuées auprès de l'Atelier l' [...] devraient être complétées par une véritable observation professionnelle, d'autre part que le psychiatre suivant l'assuré de manière régulière depuis plus de 2 ans devrait être réinterrogé.

Le Dr P. \_\_\_\_\_, psychiatre, a donc été réinterrogé. Ce spécialiste rapporte le 23.04.15 avoir fermé son cabinet médical en début d'année et nous propose dès lors d'adresser la demande de rapport médical à son successeur, le Dr B. \_\_\_\_\_. Le 19.06.15, ce dernier rapporte ne pas suivre l'assuré.

Conclusion : La mesure de réinsertion de fin 2013 a déjà été commentée dans le précédent avis SMR.

En l'absence de nouveaux éléments médicaux, notre position reste inchangée."

Dans un courrier du 3 juillet 2015, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'après examen, sa contestation du 1<sup>er</sup> avril 2015 n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position, de sorte que son projet d'acceptation de rente, fondé, devait dès lors être entièrement confirmé. L'assuré était informé en outre qu'une décision identique audit projet lui serait prochainement notifiée et contre laquelle il lui serait possible, cas échéant, de recourir dans les trente jours.

Par décision du 13 juillet 2015, l'OAI a octroyé une demi-rente à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> août 2015. Dans une décision séparée du 21 juillet 2015, l'OAI lui a octroyé une demi-rente pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2009 au 31 juillet 2015.

**D.** Par actes du 14 septembre 2015, J. \_\_\_\_\_, représenté par son conseil, a recouru contre ces décisions auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant avec dépens à leur réforme, une rente entière d'invalidité lui étant accordée dès le 1<sup>er</sup> avril 2009, en lieu et place d'une demi-rente. En substance, il soutient qu'il ne présente pas seulement des troubles somatiques qui l'invalident à 50%, mais également des troubles psychiques, qui causent une totale incapacité de travail et de gain.

Ces recours ont été enregistrés sous les rôles de la cause CASSO AI 256/15 (pour ce qui concerne la décision du 13 juillet 2015 de l'OAI) et AI 257/15, s'agissant de la décision rendue le 21 juillet 2015.

Par décision du 15 septembre 2015 du juge instructeur, le recourant s'est vu accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 septembre 2015, sous forme d'une exonération d'avances et de frais judiciaires.

Le 1<sup>er</sup> octobre 2015, le recourant a produit un rapport du 15 septembre 2015 de la psychologue T. \_\_\_\_\_ et du Dr P. \_\_\_\_\_ adressé à son conseil, à la teneur suivante :

**“Concerne :** attestation de l'état psychologique de Monsieur J. \_\_\_\_\_.

Monsieur,

Nous suivons Monsieur J. \_\_\_\_\_ depuis l'année 2012, qui présente des symptômes de débordement émotionnel, d'immaturation, de dépendance relationnelle, et labilité affective importante. Son contexte familial reste une ressource importante pour sa stabilité émotionnelle. A notre avis, il est dans l'incapacité de travailler dans l'état actuel.

Une évaluation psychiatrique donc est très indiquée. Nous nous permettons de vous demander un délai pour faire suivre cette évaluation au Dr E. \_\_\_\_\_ qui serait d'accord de donner une suite, vu que le Dr P. \_\_\_\_\_ a arrêté son activité.

Nous restons à votre disposition pour des renseignements complémentaires et nous vous adressons, Monsieur, nos salutations distinguées.”

Dans ses réponses du 16 octobre 2015, l'OAI a conclu au rejet des recours et à la confirmation des décisions querellées. Il a produit un avis du 7 octobre 2015 des Drs H. \_\_\_\_\_ et X.X. \_\_\_\_\_ du SMR, auquel il se rallie, et dont il ressort les constatations suivantes relatives au nouveau rapport du 15 septembre 2015 du Dr P. \_\_\_\_\_ et de la psychologue T. \_\_\_\_\_ :

“[...]Adressé au conseil de l'assuré, le psychiatre mentionne suivre M. J. \_\_\_\_\_ depuis l'année 2012 en raison de symptômes de débordement émotionnel, d'immaturation, de dépendance

relationnelle et de labilité affective importante. A son avis, l'assuré est dans l'incapacité de travailler dans l'état actuel. Il mentionne qu'une évaluation psychiatrique est donc indiquée, et demande un délai afin de faire suivre cette évaluation au Dr E. \_\_\_\_\_, qui serait d'accord de donner suite vu que le Dr P. \_\_\_\_\_ a arrêté son activité.

Conclusion : Le présent rapport médical ne nous permet pas de modifier nos conclusions. En effet, il contient uniquement une brève liste de symptômes et se distingue par l'absence d'anamnèse, de description clinique, de diagnostic psychiatrique, de description des traitements ou encore d'appréciation circonstanciée des limitations fonctionnelles ou de la capacité de travail."

Par réplique du 27 octobre 2015, le recourant argue, en se référant au rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ et de la psychologue T. \_\_\_\_\_ du 15 septembre 2015, qu'il existe un soupçon qu'il présente depuis l'année 2012 une totale incapacité de travail et de gain, justifiant un complément d'instruction au plan psychiatrique, estimant qu'il convenait de demander un rapport circonstancié à son nouveau psychiatre traitant, puis de mettre en œuvre, pour autant que de besoin, une expertise psychiatrique. Il a dès lors précisé les conclusions prises en recours, en concluant - subsidiairement à l'octroi d'une rente entière ou de trois quarts de rente - au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire puis nouvelle décision.

Le 19 novembre 2015, l'intimé a maintenu sa position.

**E.** Les causes AI 256/15 et AI 257/15 ont été jointes par ordonnances du 25 novembre 2015 du juge instructeur.

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

**1.** **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (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'assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1

let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 al. 1 et 57 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, formé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) et selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**c)** 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; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'assuré peut prétendre à l'octroi d'une rente d'un taux supérieur à la demi-rente qui lui a été reconnue à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette

diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% minimum (let. c) (art. 28 al. 1 LAI).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI).

**c)** Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (al. 1); la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

**4.** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en

lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements médicaux fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes 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 de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir

compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 350 consid. 3b/cc et les références).

**b)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

**6.** En l'espèce, les décisions des 13 et 21 juillet 2015 par lesquelles l'OAI a alloué une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2009 au recourant se fondent sur les avis médicaux successifs du SMR, à savoir ceux des 29 avril 2013, 24 janvier 2014 et 30 juin 2015. L'intimé a estimé ainsi que si l'incapacité de travail était totale à l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par la loi, soit en 1999, une capacité de

travail de 50% pouvait toutefois être exigée dans l'exercice d'une activité adaptée à l'état de santé dès 1998. L'OAI a considéré en conséquence qu'à l'ouverture du droit à la rente, à partir du 1<sup>er</sup> avril 2009, l'exercice d'une activité adaptée était exigible à 50%, avec un préjudice économique de 50.29%, ouvrant ainsi à l'assuré le droit à la demi-rente.

Le recourant ne remet pas en question - à juste titre - que c'est à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009 que le droit aux prestations de l'AI peut lui être reconnu. Le droit à la rente prend en effet naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA - soit en l'occurrence le 8 octobre 2008 -, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré (cf. consid. 3c supra).

Au plan somatique, le recourant ne critique pas l'appréciation de l'OAI qui suit l'avis de la Dresse Z. \_\_\_\_\_ (cf. avis SMR du 29 avril 2013 du Dr R. \_\_\_\_\_), selon laquelle il est apte à exercer une activité adaptée (légère, manuelle et permettant des changements de position fréquents) au taux de 50% depuis 1998.

Le recourant soutient par contre que seule son atteinte somatique aurait été prise en compte par l'intimé pour lui reconnaître le droit à une demi-rente, au détriment de l'aspect psychiatrique. Or, il allègue présenter sur ce dernier plan une totale incapacité de travail et de gain, en se référant pour l'essentiel à l'avis du 15 septembre 2015 du Dr P. \_\_\_\_\_ et de la psychologue T. \_\_\_\_\_.

Sur le plan psychiatrique, le recourant a fait l'objet d'une expertise par le Dr L. \_\_\_\_\_ sur la période de décembre 2011 à février 2012. Dans son rapport du 8 mars 2012, cet expert a posé les diagnostics de syndrome de dépendance au cannabis (F12.25), de syndrome de dépendance aux opiacés (F11.22), d'agoraphobie (F40.00), de trouble anxieux non spécifié (état de stress post traumatique subsyndromal) (F41.9) et de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1). Au terme de son analyse, le Dr L. \_\_\_\_\_ retient qu'en raison du trouble

dépressif exclusivement, l'assuré présente une incapacité de travail psychiatrique moyenne de 40% devant être admise dès le 1<sup>er</sup> juin 1998 et ceci en toute activité professionnelle. Il précise que cette situation devrait rester stable, ajoutant qu'en l'absence d'événements nouveaux, une aggravation ultérieure ne paraît pas probable. L'expert a examiné le recourant à trois reprises sans avoir observé de véritable majoration de la symptomatologie (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 8 mars 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_, p. 23).

En terme de « maladie psychiatrique » au sens strict, le Dr L.\_\_\_\_\_ expose tout d'abord les raisons médicales pour lesquelles la toxicomanie (dépendance au cannabis et aux opiacés) ne peut pas être génératrice d'incapacités de travail dans le cas particulier (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 8 mars 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_, pp. 14-15 et 19-20).

Il relève ensuite une agoraphobie certes bien présente mais dont l'absence de sévérité particulière chez l'expertisé empêche de retenir cette atteinte pour incapacitante dans les métiers exercés jusqu'alors (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 8 mars 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_, pp. 16 et 20).

S'agissant de l'épisode dépressif, qu'il qualifie de degré moyen, le Dr L.\_\_\_\_\_ mentionne retrouver un tableau clinique comparable à celui observé en son temps par les spécialistes précédemment consultés dans leur rapport d'expertise du 18 octobre 2000. Il est d'avis que les discrets éléments d'état de stress post traumatique constatés et vraisemblablement déjà présents avec la même intensité en 2000, n'ont pas valeur incapacitante en tant que tels s'agissant des activités exercées jusqu'alors par l'assuré. Il expose dans son rapport en détail et de manière convaincante les motifs pour lesquels l'état de stress post traumatique consécutif aux tortures vécues par l'intéressé dans son pays natal a évolué vers une rémission, à tout le moins partielle, avant sa venue en Suisse. Il prend spécialement soin

d'expliquer en quoi une modification durable de la personnalité en tant que séquelle de cette affection est exclue dans le cas particulier.

Ainsi, s'il ne trouve pas tous les critères diagnostiques du trouble d'état de stress post traumatique, le Dr L.\_\_\_\_\_ observe qu'il en reste des signes et symptômes épars (soit des cauchemars, des conduites d'évitement, l'apparition de détresse avec des manifestations neurovégétatives observable à l'évocation des sévices vécues ainsi que des éléments d'hyperéveil relatés par l'assuré lui-même). Si l'assuré a probablement présenté un tableau complet du trouble d'état de stress post traumatique dans les mois suivant ses incarcérations et la torture au [...], la situation a ensuite évolué vers la rémission, l'intéressé s'étant d'ailleurs montré « particulièrement résilient » compte tenu de son parcours depuis lors. L'expert psychiatre en déduit une symptomatologie résiduelle d'état de stress post traumatique qui ne génère pas pour autant de limitations significatives ni d'incapacité de travail dans les activités exercées jusqu'alors par l'assuré (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 8 mars 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_, pp. 16-21). Force est en effet d'admettre, avec l'expert, qu'après son arrivée en Suisse, le recourant y a travaillé plus de dix ans à plein temps sans restriction ni limitation particulière.

Les constatations et conclusions du rapport du 8 mars 2012 de l'expert L.\_\_\_\_\_ reposent sur une étude circonstanciée du cas d'espèce et des examens très complets, et prennent également en considération les plaintes de l'assuré. Elles ont été établies en pleine connaissance du dossier, sont le fruit d'un avis clair et probant d'un spécialiste et sont dûment motivées. Force est d'admettre en conséquence que cette expertise diligentée par un spécialiste en psychiatrie - qui a nécessité un travail systématique et très rigoureux pour chacune des affections finalement retenues - a été établie selon les règles de l'art et remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante.

Le seul élément nouveau qui est allégué postérieurement à l'expertise du 8 mars 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_ consiste en l'introduction d'un

suivi psychiatrique auprès du Dr P.\_\_\_\_\_. Selon le rapport du 15 septembre 2015, le suivi thérapeutique auprès de la psychologue T.\_\_\_\_\_ était déjà en place en 2012. Or l'expert L.\_\_\_\_\_ avait connaissance de ce suivi, dès lors qu'il relève en particulier qu'« actuellement, le traitement semble s'être structuré autour du nouveau médecin traitant de [...]. Une psychothérapie est en place. Le soussigné n'a rien de plus à proposer » (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 8 mars 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_, pp. 23, 25 et 26). Le Dr L.\_\_\_\_\_ s'est d'ailleurs entretenu téléphoniquement avec la psychologue T.\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 8 mars 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_, p. 1).

Il apparaît en outre que le suivi au plan psychiatrique a été interrompu au début de l'année 2015, lorsque le Dr P.\_\_\_\_\_ a fermé son cabinet. Ce dernier a suggéré à l'OAI de demander un rapport à son successeur, le Dr B.\_\_\_\_\_ (cf. lettre du 23 avril 2015 adressée en réponse à l'Office AI par le Dr P.\_\_\_\_\_). Or ce dernier a fait savoir à l'intimé, le 19 juin 2015, qu'il ne connaissait pas le recourant. Lorsqu'il établit son rapport du 15 septembre 2015, le Dr P.\_\_\_\_\_ n'a ainsi plus revu l'assuré depuis des mois. Il ne résulte au demeurant pas du rapport en question d'élément nouveau propre à remettre en cause l'appréciation, très fouillée, du Dr L.\_\_\_\_\_ de 2012. Il n'est en particulier fait état d'aucun diagnostic, mais uniquement de symptômes. S'ajoute à cela que l'incapacité de travail totale évoquée n'est pas étayée sur le plan médical. Ce rapport se caractérise en effet par l'absence d'anamnèse, de status clinique, de diagnostic psychiatrique, de descriptif du traitement mis en œuvre et d'appréciation circonstanciée des limitations fonctionnelles du recourant. Une interpellation du Dr E.\_\_\_\_\_ quant à la reprise du suivi du patient est mentionnée, ce qui plaide dans le sens d'une interruption du suivi psychiatrique à tout le moins du début de l'année 2015 jusqu'au mois de septembre. Finalement, aucun élément au dossier ne remet en cause l'appréciation du Dr L.\_\_\_\_\_, selon laquelle l'incapacité de travail moyenne de 40% est restée constante depuis le 1<sup>er</sup> juin 1998, jusqu'à la rédaction du rapport d'expertise, et « vraisemblablement fixée pour une

longue durée » (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 8 mars 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_, pp. 23, 25 et 26).

Cela étant, en l'absence d'opinions divergents de spécialistes aptes à établir l'existence d'éléments vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise psychiatrique réalisée de décembre 2011 à février 2012 et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert, le rapport du 8 mars 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_ convainc, sans qu'il n'existe de motifs justifiant de s'en écarter (cf. consid. 5b supra).

Au terme d'une longue instruction médicale, les diverses atteintes à la santé somatique et psychiatrique du recourant ont bien été discutées et prises en compte, de sorte que la position de l'OAI ne prête pas le flanc à la critique. L'opinion du Dr L.\_\_\_\_\_, à la faveur d'une capacité de travail résiduelle moyenne de 60% du recourant sur le plan psychiatrique, est partagée par les Drs R.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ (cf. avis SMR des 21 mars et 9 mai 2012). Compte tenu de son état de santé global (atteintes psychiatriques et somatiques), et sur la base des éléments recueillis, les médecins du SMR conviennent que l'assuré bénéficie d'une capacité de travail résiduelle de 50% depuis le 1<sup>er</sup> juin 1998 dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations ostéo-articulaires (cf. avis SMR des 24 janvier 2014 et 30 juin 2015).

La Cour de céans retient en définitive avec l'intimé, et au degré de vraisemblance prépondérante requis, que les atteintes à la santé affectant le recourant sur les plans somatique et psychique justifient de retenir une capacité de travail résiduelle de 50% dans l'exercice d'une activité adaptée à l'état de santé, dès 1998.

**7.** Il s'agit à ce stade encore de vérifier le calcul du préjudice économique et du degré d'invalidité présenté par le recourant.

**a)** Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C\_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1 et I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1).

Dans sa dernière activité professionnelle d'aide-électricien exercée à 100%, dès le 8 janvier 1996, le recourant était rémunéré au tarif horaire brut de 25 fr. 55, à raison de 42,5 heures travaillées par semaine (cf. le questionnaire pour l'employeur complété le 16 mai 1997 par N. \_\_\_\_\_). Il percevait ainsi un revenu annuel, en 1996, de 52'122 francs ([25 fr. 55 x 42,5 h.] x 48 semaines de travail par année). Ce montant doit encore être adapté eu égard à l'évolution moyenne des salaires de 1996 à 2008 (soit respectivement 0.4% [de 1996 à 1997], 0.7% [de 1997 à 1998], 0.1% [de 1998 à 1999], 1.2% [de 1999 à 2000], 2.5% [de 2000 à 2001], 1.6% [de 2001 à 2002], 1.3% [de 2002 à 2003], 0.9% [de 2003 à 2004], 0.9% [de 2004 à 2005], 1.1% [de 2005 à 2006], 1.6% [de 2006 à 2007] et 2.2% [de 2007 à 2008] ; site de l'OFS [Office Fédéral de la Statistique]), ce qui donne un revenu annuel de 59'679 fr. 69 en 2008. Il y a dès lors lieu de s'écarter du revenu hypothétique sans atteinte à la santé tel qu'arrêté, en 2008 (année de comparaison des revenus), à 54'297 fr. par l'OAI. Comme on le verra ci-après, cette différence de calcul s'avère toutefois sans incidence sur la solution du litige.

**b)** Pour le calcul du préjudice économique et s'agissant de l'établissement du revenu d'invalidé, c'est à juste titre que l'OAI s'est référé, en l'absence de reprise d'activité, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), plus exactement au salaire auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des tâches simples et répétitives dans le secteur privé en 2008 (ESS 2008, TA1; niveau de qualification 4), qu'il a ensuite correctement adapté compte tenu de la durée de travail moyenne hebdomadaire dans les entreprises cette année-là (à savoir 41,6 heures). L'OAI n'a pas non plus excédé son

pouvoir d'appréciation en arrêtant à 10% la réduction du salaire d'invalidé pour tenir compte des circonstances concrètes, en l'occurrence des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré (ATF 126 V 175). Attendu qu'il est raisonnablement exigible du recourant qu'il exerce une activité légère de substitution à 50%, son revenu hypothétique avec invalidité s'élève dès lors, pour 2008, à 26'990 fr. 50, comme le retient à juste titre l'intimé.

**c)** Après comparaison des revenus (au sens de l'art. 16 LPGA, applicable en vertu de l'art. 28a al. 1 LAI), le taux d'invalidité en 2008 est de 54.77% ( $[(59'679 \text{ fr. } 69 - 26'990 \text{ fr. } 50) \times 100] / 59'679 \text{ fr. } 69$ ), arrondi à 55% (cf. ATF 131 V 121).

En conséquence, le recourant a droit à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2009 (cf. art. 28 al. 1-2 et 29 al. 1 et 3 LAI), conformément à ce qui a été retenu par l'intimé.

**d)** Cela étant, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes formulées en ce sens par le recourant dans sa réplique doivent dès lors être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 ; 8C\_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

**8.** Vu ce qui précède, les recours, mal fondés, doivent être rejetés, et les décisions des 13 et 21 juillet 2015 confirmées.

**a)** La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

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

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

- I. Les recours déposés le 14 septembre 2015 par J.\_\_\_\_\_ dans les causes AI 256/15 et AI 257/15 sont rejetés.
- II. Les décisions rendues les 13 et 21 juillet 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. 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.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Marie Agier, Intégration handicap, service juridique (pour J.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :