

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 décembre 2009

---

Présidence de M. DIND  
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Berthoud, assesseurs  
Greffier : Mme Vuagniaux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**U.**\_\_\_\_\_, à Renens, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

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

**A.** U.\_\_\_\_\_, né en [...], de nationalité [...], est arrivé avec sa famille en Suisse le 21 décembre 1988 et a obtenu le statut de réfugié le 10 avril 1991.

Le 20 janvier 1996, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI) en faisant état d'un diabète insulino-dépendant diagnostiqué le 20 mars 1989.

Dans sa demande de prestations, l'assuré a indiqué qu'après trois ans d'études à l'université de [...], il avait obtenu le diplôme d'assistant médical. Depuis son arrivée en Suisse, il a effectué un stage de six mois à l'Hôpital de [...], a enseigné [...] à l'Institut [...], a travaillé en tant que traducteur pour [...], dans une agence de location de voitures et en tant qu'aide-soignant dans un établissement médico-social.

L'Office AI a rejeté la demande de prestations par décision du 12 février 1997 au motif que le degré d'invalidité était inférieur à 40 pour-cent.

Le 16 octobre 1998, l'assuré a rempli un questionnaire en vue d'un nouvel examen du droit aux prestations de l'assurance-invalidité en faisant valoir une aggravation de son état de santé avec complications.

Le 18 décembre 1998, le Dr W.\_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant, a posé les diagnostics suivants :

- « - diabète type II (familial);
- hypertryglycémie type II (rhabdomyolyse en oct. 1995);
- glomérulonéphrite mésangiale à dépôts d'IgM et de C3 avec protéinurie;
- HTA - obésité;
- anxiété, état dépressif, restless legs syndrome;

- oesophagite peptique stade I (ulcère pylorique avec sténose relative du bulbe duodéal) ».

Dans un rapport médical du 5 juin 1999, le Dr H.\_\_\_\_\_, endocrinologue FMH, a posé les diagnostics suivants :

- « - diabète de type II, devenu insulino-requérant, évoluant actuellement sans complications spécifiques;
- hyperlipidémie familiale combinée, avec atteinte athéroscléreuse documentée, nécessitant un traitement continu;
- status après rhabdomyolose sous Lipanthyl;
- glomérulopathie mésangiale avec hypertension artérielle secondaire et une protéinurie persistante;
- status après ulcère pylorique en 1995;
- dorso-lombalgies récidivantes en traitement.

(...)

Le diabète entraîne des contraintes au niveau du régime et des horaires, qui rendent impossibles un travail avec des horaires irréguliers. D'autre part, il présente des dorso-lombalgies récidivantes, rendant impossible le port de charges lourdes ».

Le médecin a ajouté qu'il lui était impossible de fournir des indications exactes quant à l'incapacité de travail de l'intéressé dans l'activité exercée habituellement.

Le 29 août 2000, l'Office AI a rejeté la demande de prestations en soutenant que les nouveaux renseignements médicaux versés au dossier n'étaient pas de nature à modifier la décision initiale et que l'atteinte à la santé n'était pas invalidante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité.

Par décision du 20 septembre 2001, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur une troisième demande de prestations, au motif qu'hormis un épisode de pancréatite aiguë ayant entraîné une incapacité de travail du 14 janvier au 31 mars 2001, l'assuré n'avait pas rendu plausible que son état de santé s'était modifié de façon déterminante depuis la décision du 29 août 2000. Par jugement du 12 septembre 2002 et arrêt du 16 janvier 2004, le Tribunal cantonal des assurances et le

Tribunal fédéral respectivement ont rejeté les recours déposés par l'assuré.

Dans une lettre du 7 décembre 2001, le Prof. T.\_\_\_\_\_, consultation spécialisée « lipides / athérosclérose » à la Policlinique [...], a indiqué ce qui suit :

« Au vu de nos constatations lors des différentes visites de M. U.\_\_\_\_\_, nous devons admettre que malgré une très bonne observance médicamenteuse, il demeure particulièrement difficile d'équilibrer son diabète et sa dyslipidémie. Les complications de ces deux affections dont il fut victime sont plutôt rares mais elles ont été importantes et menaçantes pour sa vie comme en témoignent les deux hospitalisations en soins intensifs (...).

Par ailleurs, l'anamnèse psychosociale de ce patient qui se montre très discret, témoigne d'un vécu familial et personnel douloureux en raison de la torture dont furent victimes lui-même et sa famille. Au vu de ce contexte incluant un syndrome métabolique avec les complications mentionnées ci-dessus, les risques de récurrence de ces complications ainsi que les traumatismes psychiques, on peut admettre que l'état de fatigue témoigne d'un épuisement des ressources adaptatives limitant sa capacité de travail. Pour ma part, il me paraît qu'il existe bel et bien une atteinte à la santé physique et psychique importante chez ce patient et que sa capacité de travail raisonnablement exigible au plan médical ne dépasse pas 30 %. C'est plutôt vers une activité occupationnelle qu'il devrait être orienté car je doute fortement qu'il dispose des ressources nécessaires en état actuel pour reprendre des études de médecine ou pour exercer une activité lucrative dans le circuit économique normal ».

Le 22 janvier 2002, le Service médical régional AI, à Vevey (ci-après : SMR), a considéré que les diverses affections dont souffrait l'assuré (diabète et hyperlipémie avec risques de complications) n'avaient pas de répercussions sur la capacité de travail. En outre, les séquelles psychiques du « vécu familial et personnel douloureux suite à la torture » signalées par le Prof. T.\_\_\_\_\_ n'étaient pas cause d'invalidité dans la mesure où ces événements étaient anciens et qu'au contraire, chez les survivants de la torture, il était important d'assurer dès que possible une réintégration dans le tissu social.

Par lettre du 14 mars 2002 adressée au conseil de l'assuré, le Dr H.\_\_\_\_\_ a attesté que son patient avait été hospitalisé en janvier

2002 et que le rapport de sortie mentionnait le traitement des affections suivantes :

- « - hypercholestérolémie familiale
- perturbation des tests hépatiques
- une infection urinaire basse
- une glomérulonéphrite mésangiale
- un contrôle de la tension artérielle
- et un trouble thymique avec un état dépressif majeur ».

Le 20 juin 2002, l'assuré a fait valoir une aggravation de son état de santé en produisant une lettre du Dr H. \_\_\_\_\_ selon laquelle il était suivi de façon régulière par la Dresse M. \_\_\_\_\_, à la Policlinique psychiatrique [...] pour un état dépressif important.

Dans une lettre du 14 août 2002, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

« Je suis M. U. \_\_\_\_\_ depuis le 01.02.2002. M. U. \_\_\_\_\_ présente les symptômes d'un état dépressif, à savoir une tristesse importante, une diminution de l'élan vital, ainsi que des ruminations autour de son passé et de ses difficultés actuelles. Il se sent, en ce qui concerne sa santé physique, comme en sursis et pense qu'il ne pourra survivre longtemps.

En ce qui concerne l'incapacité de travail, nous estimons que dans ce contexte elle est nulle ».

Le 2 octobre 2002, l'Office AI a informé l'assuré qu'il allait faire le nécessaire afin d'obtenir un rapport sur son état de santé.

Dans un rapport médical du 25 octobre 2002, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a retenu, avec effet sur la capacité de travail, une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, existant depuis les années 80 (F62.0) et un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, d'apparition progressive depuis 1989 (F32.10). La spécialiste ne se détermine toutefois pas sur le taux d'incapacité de travail, renvoyant sur ce point aux médecins s'occupant de l'aspect somatique.

Par certificat médical du 22 janvier 2003, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a déclaré que son patient était, sur le plan psychiatrique, actuellement en incapacité de travail totale.

Le SMR a procédé à un examen psychiatrique le 13 mai 2003. Dans ses rapports des 30 juin et 8 juillet suivant, il a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, un état dépressif moyen, sans syndrome somatique, en rémission partielle. Tout en retenant que la vie de l'assuré était marquée par une longue et épuisante histoire d'échecs, de deuils et de problèmes de santé somatique ayant abouti à un état anxio-dépressif, ils ont estimé que l'on pouvait exiger de lui qu'il travaille à 100 % dans une activité adaptée, soit sans travaux lourds et horaires irréguliers (traducteur, interprète ou enseignant).

Le 26 juin 2003, le Prof. T. \_\_\_\_\_ a fait le commentaire suivant :

« Objectivement, il faut admettre que malgré une observance médicamenteuse adéquate, il persiste chez M. U. \_\_\_\_\_ une grande difficulté à stabiliser son diabète. Bien heureusement, pour ce qui concerne son hypertension et sa dyslipidémie, la situation est relativement favorable et au plan vasculaire, l'examen ultrasonographique n'a pas montré de péjoration. A noter toutefois que le risque d'infarctus est élevé et qu'au plan rénal, si la créatinine demeure dans les limites normales, il existe une protéinurie traduisant bien la néphropathie sous-jacente qui le conduira à l'insuffisance rénale (...). Quant à l'aspect psychique, il persiste un état dépressif et une forme d'asthénie marquée entravant très fortement ses capacités adaptatives. Bien que cela soit tout à fait dans mon mandat (sic), je me permets tout de même de me prononcer sur sa capacité de travail, l'ayant vu à plusieurs reprises depuis 1998. A mon avis, et tenant compte de l'évolution, je persiste à penser qu'il existe chez M. U. \_\_\_\_\_ une atteinte à la santé importante mixte somatique et psychique qui n'est que partiellement amendée par les mesures thérapeutiques. C'est bien à son atteinte à la santé que l'on peut attribuer une nette réduction de sa capacité de travail chez cet homme de 42 ans faisant en tout cas 10 ans de plus que son âge et qui possède des capacités d'adaptation restreintes. A mon avis, tenant compte de l'ensemble des diagnostics et de l'ensemble des complications qui ont jalonné son parcours de vie, seule une activité occupationnelle paraît raisonnablement exigible chez cet homme ».

Le dossier de l'assuré a été confié au service de réadaptation de l'Office AI le 17 mars 2004 et un premier entretien fixé au 11 juin 2004.

Le 30 juin 2004, le Dr H. \_\_\_\_\_ a annoncé une aggravation de l'état de santé de son patient en faisant état d'une hospitalisation du 23 septembre au 1<sup>er</sup> octobre 2003 pour pancréatite aiguë et d'un état dépressif sévère. Il a considéré que l'intéressé pouvait travailler dans une activité adaptée légère, telle celle de traducteur-interprète dans le domaine médical.

L'assuré a suivi un stage d'observation professionnelle du 14 février au 14 août 2005 auprès du Centre d'intégration professionnelle, à Genève. Dans ses rapports du 24 mai et 16 août 2005, le responsable de la réadaptation professionnelle a exposé ce qui suit :

« 24 mai 2005

Le rapport d'observation professionnelle OSER ci-joint conclut à une possible réintégration par M. U. \_\_\_\_\_ du circuit économique ordinaire, à plein temps et rendement normal. Concernant ses aptitudes physiques, l'assuré est à même de travailler la journée entière, dans une activité légère, qui évite les ports de charges. Manuellement, M. U. \_\_\_\_\_ n'a ni la dextérité nécessaire ni les capacités d'apprentissage des gestes lui permettant d'être efficace dans une activité industrielle ou artisanale; l'horlogerie, par exemple, est exclue. Cependant l'assuré a de très bonnes compétences intellectuelles et relationnelles, ce qui permet de proposer des reclassements dans les orientations suivantes : la vente ou la représentation dans le domaine médical ou paramédical (au plus près de la formation de base de l'assuré), l'accueil - réception ou traduction (anglais - arabe) dans des organismes internationaux, le domaine tertiaire simple (peu d'exigences en français écrit).

A ce jour, il n'a pas été possible de proposer à M. U. \_\_\_\_\_ des stages dans les orientations retenues. Des démarches sont en cours et des réponses attendues. L'assuré étant très engagé dans sa mesure de réadaptation, il conviendrait de poursuivre la mesure, afin de parvenir à proposer à l'OAI un projet de reclassement concret.

C'est pourquoi une prolongation sous forme d'un nouveau mandat de 3 mois est souhaitée. Nous gardons M. U. \_\_\_\_\_ ».

16 août 2005

Le précédent rapport d'observation concernant M. U. \_\_\_\_\_ mettait en évidence de bonnes aptitudes intellectuelles et relationnelles qui pouvaient judicieusement être mises à profit dans une activité de type tertiaire, à plein temps et plein rendement, tel que délégué médical ou pharmaceutique, travail administratif (réceptionniste, employé de bureau) ou encore comme traducteur.

L'assuré avait montré un très bon engagement dans sa mesure de reclassement et le présent mandat devait permettre la mise sur pied d'un projet professionnel. Les démarches de notre service de placement dans le secteur médical et pharmaceutique n'ont pas abouti, par contre, un stage comme employé en saisie informatique au [...] a donné pleine satisfaction. Le responsable de service s'engage à prendre l'assuré en formation pendant 6 mois, ce qui devrait permettre à l'assuré, par la suite, d'offrir ses services auprès des banques, des régies immobilières et des notaires. Pour compléter cette formation pratique, des cours d'appui de droit (introduction générale) et de gestion d'immeubles (connaissances juridiques et comptables élémentaires), dispensés à l'IFAGE sont recommandés.

En conséquence, nous proposons que soit accordé à M. U. \_\_\_\_\_ une mise au courant en entreprise d'employé de bureau de 6 mois, soit du 15 août 2005 au 28 février 2006 au [...].

En accord avec l'OAI, nous sortons M. U. \_\_\_\_\_ de nos effectifs le 14 août 2005, au terme du mandat ».

L'assuré a bénéficié d'une mise au courant auprès du [...] du 24 octobre 2005 au 23 avril 2006 dans les domaines de la réception et de la saisie informatique. Dans son rapport final du 8 février 2007, la Division administrative de l'Office AI a indiqué que l'employeur était tout à fait satisfait des prestations de l'intéressé et souhaitait le garder à son service, mais qu'il n'avait pas pu le faire en raison de contraintes budgétaires.

Dans un rapport médical du 24 mai 2007, le Prof. T. \_\_\_\_\_ a indiqué l'état de santé de son patient s'aggravait. Il a diagnostiqué un diabète insulino-requérant, difficilement contrôlable existant depuis 1988, un état dépressif récurrent (2002), des précordialgies à l'effort d'origine indéterminée (2006-2007), une hypertrophie ventriculaire avec signes objectivés de cardiomyopathie hypertrophique à l'effort (2006-2007). S'agissant de la capacité de travail, il a préconisé la reprise d'une activité adaptée à mi-temps, telle celle exercée au [...], et recommandé une aide au placement.

Le 28 septembre 2007, le SMR a considéré que l'aggravation alléguée par le Prof. T. \_\_\_\_\_ n'était pas documentée et que la capacité de travail de l'assuré restait entière.

Dans un projet de décision du 3 octobre 2007, l'Office AI a mentionné que l'assuré s'était inscrit à l'assurance-chômage depuis la fin

de son stage et recherchait actuellement un emploi dans le domaine bureautique avec l'aide de son conseiller de l'Office régional de placement. Dès lors que sa réadaptation professionnelle était achevée et qu'il pouvait travailler à plein temps dans une activité d'aide de bureau, il n'avait pas droit à une rente de l'assurance-invalidité.

U.\_\_\_\_\_ a contesté ce projet de décision le 31 octobre 2007, en soutenant qu'il pouvait travailler à 50 % avec une réduction de ses possibilités de 25 %, de sorte qu'il en résultait une incapacité de travail de 62,5 % justifiant l'octroi de trois quarts de rente d'invalidité.

Dans un rapport médical du 19 février 2008, le Prof. T. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué des troubles dépressifs récurrents avec épisodes actuels modérés à sévères, sans syndrome psychotique (F33.3). Il a ajouté que lors des consultations de janvier et février 2008, il avait observé une dégradation de l'état psychique de son patient, avec une humeur dépressive marquée comportant des idées suicidaires, un profond sentiment de dévalorisation et de culpabilité vis-à-vis de sa famille, une perte très nette de l'estime de soi et de la confiance en soi, une perturbation du sommeil, une diminution de l'appétit et une perte de volonté de suivre son traitement anti-diabétique.

Le 18 juin 2008, le SMR a procédé à un examen clinique psychiatrique. Dans son rapport du 3 juillet suivant, le service a apprécié le cas comme suit :

« A notre avis, dans un contexte de conflit asséculoologique, notre assuré a développé une symptomatologie réactionnelle, suivie d'une rapide amélioration et qui est actuellement en rémission complète.

Sur la base de notre examen clinique, nous avons retenu le diagnostic d'épisodes récurrents de dépression réactionnelle, actuellement en rémission complète. Selon la CIM-10, le diagnostic est caractérisé par la survenance répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère, en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie.

Par rapport à notre examen clinique psychiatrique au SMR du 13 mai 2003, l'état de santé de l'assuré est stationnaire et la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité.

Il ne s'agit pas d'une aggravation de longue durée car l'état de santé de l'assuré s'est rapidement amélioré.

Sur le plan psychiatrique, notre assuré ne souffre d'aucune pathologie grave à caractère incapacitant de longue durée et la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité ».

Par décision du 22 juillet 2008 intitulée « Réussite de mesures professionnelles » et motivation séparée du même jour, l'Office AI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, en réitérant les motifs de son projet du 3 octobre 2007 et en ajoutant qu'il convenait de prendre en compte l'avis du SMR du 3 juillet 2008 qui avait pleine valeur probante.

**B.** Agissant par l'intermédiaire de son conseil, Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne, U. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 22 juillet 2008 par acte du 28 août 2008, en concluant à sa réforme en ce sens qu'il avait droit à une rente entière de l'assurance-invalidité, subsidiairement à trois quarts de rente, dès telle date que justice dira. Il a soutenu qu'il pouvait exercer une activité adaptée à 50 %, soit sans stress ni responsabilités, avec horaires compatibles avec son état de santé, auprès d'un employeur compréhensif, avec rendement maximal de 50 %, ce qui représentait une invalidité de 75 %. Pour le cas où le tribunal ne serait pas convaincu des appréciations des médecins sur son état de santé, il a demandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le 7 novembre 2008, l'Office AI a proposé le rejet du recours.

**C.** Par décision du 3 mars 2009, le juge instructeur a ordonné une expertise psychiatrique, laquelle a été confiée, par mandat du 3 avril 2009, au Dr K. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH.

Après avoir reçu l'assuré à trois reprises, le Dr K. \_\_\_\_\_ a rendu son expertise le 22 juin 2009, en diagnostiquant une personnalité narcissique (F60.8), un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Quelques extraits des réponses de l'expert aux questions posées sont reproduits ci-dessous en l'état :

**« B.1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés sur le plan psychiatrique et mental**

Monsieur U.\_\_\_\_\_ ne supporte pas un travail qui ne soit pas valorisant sur le plan narcissique. Il n'a pas d'aptitudes manuelles et doit effectuer un travail dans le secteur tertiaire. Il a besoin d'un patron compréhensif et bienveillant et il ne doit pas, du moins dans un premier temps, diriger du personnel.

Monsieur U.\_\_\_\_\_ n'a pas fait le deuil de la médecine. Il souffrirait de travailler dans le milieu médical sans être reconnu pour ses compétences médicales. Mais il a aussi de la peine à s'adresser à autrui pour se renseigner et se former dans un autre domaine et il vit mal ses propres défaillances.

Monsieur U.\_\_\_\_\_ a des difficultés d'attention, de concentration et de mémoire qui peuvent ralentir les processus d'apprentissage. Il manque d'énergie et il est fatigable.

Ces limitations représentent une capacité de travail résiduelle de quatre heures par jour, avec un rendement diminué de moitié.

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

En l'absence d'activité professionnelle en Suisse, il ne nous est pas possible de déterminer le début de l'incapacité de travail. Lors de l'hospitalisation de 2002, la psychiatre M.\_\_\_\_\_ détermine une incapacité de travail totale. Cette estimation nous paraît pertinente au vu de la symptomatologie décrite et du contexte (décès du père en novembre 2001).

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

Le degré d'incapacité de travail a évolué de manière fluctuante depuis lors, au gré des complications physiques de la maladie métabolique et au fil des confrontations, déceptions et frustrations sur le plan de l'intégration professionnelle et de la situation familiale.

Monsieur U.\_\_\_\_\_ n'a jamais retrouvé une pleine capacité de travail depuis son évaluation par la psychiatre M.\_\_\_\_\_ mais il a gardé une capacité de travail résiduelle, en dehors des épisodes somatiques et psychiques aigus. Toutefois, cette capacité de travail résiduelle ne pouvait être exploitée que dans un contexte favorable, respectant les limitations de l'expertisé. Elle s'est progressivement amenuisée et n'a plus dépassé, depuis février 2008, le niveau de ce qui est décrit aux points 2.3 et 2.4.

(...)

Notre appréciation diverge clairement de celles fournies par les médecins du SMR. Lors du premier examen, les médecins du SMR connaissent peu le parcours de l'expertisé. L'impact des effets de la torture sur son psychisme, notamment par l'expérience humiliante de perte totale du contrôle sur soi et sur son environnement, n'est pas reconnu. Monsieur U.\_\_\_\_\_ ne se livre pas au premier abord, comme c'est souvent le cas des victimes de la torture, et les

médecins du SMR n'ont pas mesuré l'ampleur des dégâts sur le plan du fonctionnement psychique de l'expertisé.

Les experts du SMR n'ont manifestement pas eu connaissance non plus du fonctionnement psychique de type narcissique de l'expertisé. Il s'agit d'une vulnérabilité préexistante, qui est multipliée ensuite par l'expérience de la prison en Irak, et qui rend difficile l'intégration sociale et professionnelle de l'expertisé.

Les experts ne tiennent pas compte des petites défaillances mises en évidence dans le fonctionnement de l'expertisé lors du stage CIP. Défaillances qui n'apparaissent pas lors d'un examen clinique, mais qui jouent un rôle non négligeable dans un contexte professionnel.

Enfin, ils n'ont pas saisi le versant dépressif que l'expertisé cherche à masquer. Il s'agit d'un état dépressif qui est certainement en rapport avec un épuisement psychique dans le cadre d'un cumul de pertes affectives et narcissiques.

## **E. Quelle est la capacité de travail de l'intéressé ?**

### **a) dans son activité habituelle ?**

Monsieur U.\_\_\_\_\_ ne peut pas travailler comme médecin. La capacité de travail comme médecin est nulle. Il n'y a pas d'autre activité habituelle.

### **b) dans toute autre activité adaptée ? Le cas échéant, veuillez préciser quelles activités seraient adaptées à son état de santé.**

Dans un travail adapté aux limitations somatiques, l'expertisé peut travailler quatre heures par jour avec un rendement diminué de 50 %, dans un contexte valorisant sur le plan narcissique, dans un milieu bienveillant et tolérant. Il s'agit d'une activité dans le secteur tertiaire, régulière, sans stress, mais valorisante et n'impliquant pas de rapports avec les collègues de travail. Un travail comme représentant n'est pas envisageable en rapport avec les faibles connaissances de l'écrit en français et des difficultés à apprendre, ainsi que des difficultés à tenir compte de l'autre. Le milieu professionnel doit être tolérant face à un absentéisme induit par la maladie physique qui va en s'aggravant ».

L'expert a en outre relevé que le diagnostic de « troubles dépressifs récurrents avec épisodes actuels modérés à sévères, sans syndrome psychotique (F33.3) » posé par le Prof. T.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 février 2008 correspondait, selon la CIM-10, à un « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques ».

Le 19 août 2009, le recourant a considéré que l'expertise remplissait toutes les conditions de valeur probante posées par la

jurisprudence et était éloquent si on la comparait aux autres avis médicaux, et notamment à l'avis du SMR.

Le 21 août 2009, l'Office AI a conclu au rejet du recours et produit un avis médical du SMR du 19 août 2009 expliquant les raisons pour lesquelles il convenait de s'écarter de l'appréciation médicale du Dr K.\_\_\_\_\_. En effet, le SMR considérait que l'expertise frappait par son contenu objectif restreint, que l'existence d'un trouble de la personnalité narcissique était douteuse chez quelqu'un qui avait accepté de suivre un programme de formation, qu'aucun critère objectif ne justifiait l'état de stress post-traumatique diagnostiqué et que la lecture de l'expertise laissait transparaître une attitude empathique de l'expert.

Le 8 septembre 2009, le recourant a estimé que le status clinique était passablement détaillé, que le trouble de la personnalité narcissique avait été diagnostiqué, que l'absence de diagnostic de « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » de la part du SMR n'était pas étonnant dès lors qu'il s'était complètement fermé pendant l'examen et que la jurisprudence retenait justement, pour qu'une souffrance fût reconnue comme incapacitante, que l'expert ressentait de l'empathie envers son patient.

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

**1.** Aux termes de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. d LPA-VD).

**2.** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**3.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

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 (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, les personnes assurées avaient droit à une rente entière si elles étaient invalides à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente si elles étaient invalides à 50 % au moins ou à un quart de rente si elles étaient invalides à 40 % au moins. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, les personnes assurées ont droit à une rente entière si elles sont invalides à 70 % au moins, à trois quarts de rente si elles sont invalides à 60 % au moins, à une demi-rente si elles sont invalides à 50 % au moins ou à un quart de rente si elles sont

invalides à 40 % au moins. Selon l'art. 29 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (al. 1). La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a). S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a précité).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitant, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur

reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I\_514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitant ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_142/2008 consid. 2.2).

**4. Sur le plan somatique :**

Il est constant que l'assuré présente un diabète de type II insulino-requérant, une hypertryglycémie, une glomérulonéphrite mésangiale avec hypertension artérielle secondaire, une protéinurie et des dorso-lombalgies. Toutes ces affections sont soignées par traitement médicamenteux. Concernant les limitations fonctionnelles, le Dr H. \_\_\_\_\_ estime que le diabète entraîne des contraintes au niveau du régime et des horaires, ce qui exclut un travail avec des horaires irréguliers, que les dorso-lombalgies récidivantes rendent impossible le port de charges lourdes (rapport du 5 juin 1999) et que son patient peut travailler dans une activité adaptée légère, telle celle de traducteur-interprète dans le domaine médical (rapport du 30 juin 2004). Le Prof. T. \_\_\_\_\_ estime que l'intéressé devrait être orienté dans une activité occupationnelle (rapports des 7 décembre 2001 et 26 juin 2003) ou dans une activité adaptée, telle celle exercée au [...], et préconise une aide au placement (24 mai 2007). Pour sa part, le SMR considère que l'assuré peut travailler dans une activité adaptée, soit sans travaux lourds et horaires irréguliers (traducteur, interprète ou enseignant) (rapport du 13 juin 2003).

S'agissant de la capacité de travail exigible en raison des limitations fonctionnelles précitées, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il lui était impossible de fournir des indications exactes à ce sujet (rapport du 5 juin 1999) et que l'intéressé pouvait travailler dans une activité adaptée légère, toujours sans mentionner à quel taux d'activité (30 juin 2004). Le Prof. T. \_\_\_\_\_ a estimé que son patient présentait une atteinte à la santé physique et psychique justifiant une capacité de travail raisonnablement exigible ne dépassant pas 30 % (rapport du 7 décembre 2001), que l'on pouvait attribuer à cette atteinte à la santé mixte somatique et psychique une nette réduction de capacité de travail (rapport du 26 juin 2003), puis qu'au vu des multiples affections, dont un état dépressif récurrent, une activité adaptée pouvait être exercée à mi-temps (rapport du 24 mai 2007). Or, le Prof. T. \_\_\_\_\_ préconise la reprise d'une activité occupationnelle ou de mise au courant qui ne peut pas s'exercer sur le marché du travail, de sorte que cette évaluation de la capacité de travail

exigible n'est pas déterminante. D'autre part, cette appréciation tient compte de l'atteinte psychique qui sera discutée ci-après. Suivant le SMR, les diverses affections dont souffre l'intéressé n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail (rapports du 22 janvier 2002 et 28 septembre 2007). En effet, on sait que la situation est favorable du point de vue de l'hypertension et de la dyslipidémie. Le diabète est difficile à stabiliser (rapport du 26 juin 2003 du Prof. T. \_\_\_\_\_), mais cela n'a pas empêché le recourant de suivre un stage d'observation professionnelle du 14 février au 14 août 2005, puis de travailler à plein temps du 24 octobre 2005 au 23 avril 2006. Enfin, les précordialgies et l'hypertrophie ventriculaire diagnostiquées par le Prof. T. \_\_\_\_\_ le 24 mai 2007 constituent certes des facteurs de risque à l'effort, mais ne péjorent pas la capacité de travail dans une activité légère. En définitive, l'avis du SMR paraît probant et peut être retenu.

Au vu de ce qui précède, rien n'indique que, moyennant un effort de volonté raisonnablement exigible, le recourant ne pourrait pas exercer une activité professionnelle au regard de ses diverses affections physiques. On doit ainsi admettre qu'il peut travailler à plein temps une activité légère, soit sans travaux lourds et horaires irréguliers.

##### **5. Sur le plan psychiatrique :**

L'intimé critique l'expertise K. \_\_\_\_\_ sur les points suivants : celle-ci frappe par son contenu objectif très restreint, le reste du texte étant constitué de l'appréciation de l'expert et de son interprétation (p. 11); les troubles de la mémoire et la fatigue ne sont pas objectivés alors que ces mêmes symptômes servent à étayer le diagnostic d'épisode dépressif (p. 9); la première phrase du titre « Commentaire » (p. 13) souligne le caractère *probable* du trouble de la personnalité, qui n'est toutefois pas relevé ni dans la liste des diagnostics ni dans le texte; il est permis de douter de l'existence d'un trouble de la personnalité narcissique chez quelqu'un qui a accepté de suivre un programme de formation et il n'est guère surprenant qu'un assuré médecin, formé à l'étranger, ne parvenant pas à exercer en Suisse et pris en charge par le service social,

ait un sentiment d'échec et de blessure narcissique; enfin, s'il est possible que l'assuré ait développé un état de stress post-traumatique, il n'existe aucun critère objectif ayant conduit à une modification durable de la personnalité. Pour sa part, le recourant estime que l'expertise remplit toutes les conditions de valeur probante posées par la jurisprudence.

En l'espèce, le rapport de l'expert K.\_\_\_\_\_ se fonde sur un examen complet : il a reçu le recourant a trois reprises (le 15 mai pendant 90 minutes, le 5 juin pendant 70 minutes et le 22 juin pendant 50 minutes), a lu en entier la biographie de l'intéressé intitulée « [...]» et a étudié le dossier mis à disposition par l'Office AI, dont il a par ailleurs résumé les éléments déterminants sous le titre « Etude du dossier ». L'anamnèse est complète et détaillée (anamnèses familiale, personnelle et socio-professionnelle) et les plaintes subjectives du patient ont été prises en considération. Les observations cliniques apparaissent suffisantes et l'autorité intimée, sauf à dire que celles-ci sont restreintes, n'indique pas en quoi cela aurait un impact sur la valeur probante de l'expertise. Les troubles de la mémoire de l'intéressé ont été objectivés lors de son stage d'observation professionnelle en 2005 (cf. p. 7 du rapport) : « M. U.\_\_\_\_\_ est peu attentif aux consignes et au déroulement des activités », « il a oublié à plusieurs reprises de remplir sa feuille d'activités », « M. U.\_\_\_\_\_ se rappelle difficilement les manipulations enseignées ». L'expert utilise effectivement le terme de probabilité de trouble de la personnalité narcissique, mais il explique comment cette problématique a évolué vers le développement d'un ego surdimensionné. En outre, l'autorité intimée se contredit dans son argumentation puisque d'un côté, elle doute qu'un tel diagnostic puisse être posé chez une personne qui a suivi un programme de formation et, de l'autre, ne s'étonne pas de la présence du même trouble chez une personne avec formation supérieure et prise en charge par les services sociaux. Quant au critère objectif ayant conduit à une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe, l'expert explique qu'il s'agit de l'expérience de prison et torture en Irak pendant une année et trois mois, suivie du vécu de réfugié politique en Iran et en Suisse (p. 13), époque de vie de l'intéressé que le SMR a entièrement occulté dans son rapport du 3 juillet 2008 - puisqu'on y

trouve aucune information depuis son mariage à l'âge de 14 ans jusqu'à la séparation d'avec sa femme à l'âge de 43 ans - et qu'il connaissait puisqu'il en a fait état dans son rapport du 22 janvier 2002. Enfin, l'appréciation de la situation médicale est claire et les conclusions sont dûment motivées. L'expertise remplit donc toutes les réquisits posés par la jurisprudence pour lui attribuer pleine valeur probante.

Concernant l'état psychique, en octobre 2002 et janvier 2003, la Dresse M.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, existant depuis les années 80 (F62.0) et un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, d'apparition progressive depuis 1989 (F32.10), justifiant une incapacité totale de travailler. Le 3 juillet 2008, le SMR a retenu le diagnostic d'épisodes récurrents de dépression réactionnelle, actuellement en rémission complète, ce qui signifiait que l'assuré ne souffrait d'aucune pathologie grave et que sa capacité de travail exigible était entière dans toute activité. Le 22 juin 2009, le Dr K.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de personnalité narcissique (F60.8), d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Il a estimé que le recourant pouvait travailler dans un environnement professionnel favorable à raison de quatre heures par jour et avec diminution de rendement de 50 pour-cent.

L'avis médical du SMR n'est pas propre à mettre en doute l'appréciation de la Dresse M.\_\_\_\_\_ et de l'expert K.\_\_\_\_\_, lesquels retiennent un épisode dépressif moyen et une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe. Le Dr K.\_\_\_\_\_ expose de manière convaincante en quoi l'examen psychiatrique du SMR n'a pas mesuré - et même ignoré on l'a vu ci-dessus - l'ampleur des dégâts des effets de la torture sur le psychisme de l'expertisé. Il s'est agi d'une expérience de perte totale de contrôle sur soi et sur l'environnement vécue comme humiliante de la part d'un homme qui exige le respect des autres et présente un fonctionnement psychique rigide. La personnalité narcissique, évoluant depuis l'adolescence vers le développement d'un

ego surdimensionné, s'est multipliée par l'épisode de prison et de torture en Irak, ce qui rend difficile l'intégration sociale et professionnelle. Outre le clivage idéo-affectif préexistant d'une personne évoquant un rapport idéalisé avec ses père et frère, l'expérience de prison a préparé le clivage entre les émotions et la raison expliquant l'attitude hostile de l'assuré envers le monde, le retrait social, le sentiment de vide et de perte d'espoir, l'impression d'être « sur la brèche » et le détachement, tout en cherchant à donner de lui l'image d'un personnage sympathique, souriant et poli. L'état dépressif moyen, non visible cliniquement immédiatement car contenu derrière une façade polie et perceptible seulement dans un cadre rassurant, révèle une profonde souffrance, un découragement, un désespoir, une perte d'estime de confiance en soi et un sentiment d'être lâche. Le recourant n'a jamais fait le deuil de ne pas pouvoir exercer son activité d'assistant médical en Suisse. Ce trouble durable de modification de la personnalité, associé à une extrême vulnérabilité narcissique et à des difficultés de mémoire et de concentration, justifient que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'assuré peut exercer une activité à raison de quatre heures par jour, avec diminution de rendement de 50 %, ce qui équivaut à une capacité de travail de 25 pour-cent.

**6.** Vu ce qui précède, dans la mesure où l'assuré peut travailler dans le secteur tertiaire, soit notamment dans les activités déjà exercées d'enseignant en langues, traducteur-interprète, aide-soignant, employé de bureau ou réceptionniste, il convient de retenir un taux d'invalidité équivalent au taux d'incapacité de travail, soit de 75 %, ce qui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003). Les premiers diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, ainsi que l'incapacité de travail en découlant ont été posés par la Dresse M. \_\_\_\_\_ le 25 octobre 2002. Le critère d'exigence d'une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable étant réalisé, le droit à la rente débute ainsi au 1<sup>er</sup> octobre 2003 (art. 29 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

En conclusion, la décision litigieuse est réformée en ce sens que U.\_\_\_\_\_ a droit à une rentière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2003.

**7.** Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD). Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 49 al. 1 et 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision attaquée est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> octobre 2003.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 2'000 fr. à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Nordmann, avocat (pour U.\_\_\_\_\_)
- 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).

La greffière :