

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 mars 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Merz et Mme Dessaux
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Marc Courvoisier,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après : l'assuré), ressortissant iranien d'origine kurde né en 1967, est arrivé en Suisse en 1997 et s'est vu accorder l'asile ainsi que le statut de réfugié, avant d'être finalement mis au bénéfice d'une autorisation d'établissement. Dans ce pays, il a contracté deux mariages qui se sont chacun soldés par un divorce, et a notamment œuvré dans la restauration (notamment auprès d'un établissement de la chaîne D. _____) puis en tant que vendeur sur les marchés.

B. a) Le 5 septembre 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente, en raison de lombalgies chroniques consécutives à un traumatisme subi dans son pays d'origine; il a plus particulièrement indiqué qu'il avait été emprisonné et torturé par la police iranienne et que ces événements lui avaient laissé des séquelles physiques et psychologiques. Sur le plan professionnel, il a précisé qu'il avait travaillé en Iran comme réparateur de vélos et professeur de sport, et qu'en Suisse, il avait effectué des ventes sur les marchés entre 2004 et 2007.

b) Interpellée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), la Dresse Q. _____, médecin généraliste, a fait part de ses observations dans un rapport du 2 avril 2008. Elle a signalé les atteintes avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif sévère ainsi que de lombalgies et cruralgies chroniques; à titre de diagnostic sans impact sur la capacité de travail, elle a fait état d'une cure de hernie inguinale droite en septembre 2007. Elle a observé que l'assuré n'avait travaillé que ponctuellement depuis son arrivée en Suisse, que l'activité exercée n'était actuellement pas exigible, et qu'il était trop tôt - vu l'état psychique et physique de l'intéressé - pour savoir quels travaux pouvaient encore être envisagés dans le cadre d'une activité adaptée.

Le 3 avril 2008, l'assuré a notamment produit une attestation du 10 mars 2008 du Dr I._____, médecin dentiste, lequel certifiait que l'intéressé était en traitement depuis 2001 pour des soins dentaires importants suite à une négligence sévère de son état buccal, vraisemblablement due à son niveau de vie avant d'arriver en Suisse.

Aux termes d'un rapport du 16 avril 2008, la Dresse M._____, psychiatre-psychothérapeute, a retenu les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) depuis 1994, et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) depuis 2000. Elle a indiqué que l'assuré n'exerçait pas d'activité pour le moment et qu'il n'y avait pas lieu de s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Dans une annexe à son rapport, elle a en particulier noté l'absence de signes florides de la lignée psychotique et a signalé que l'assuré se plaignait d'importants troubles du sommeil, de l'appétit, et de la concentration, d'une nervosité («*se sent constamment sur la brèche*») et d'une irritabilité. Il décrivait en outre une anhédonie, une aboulie, un sentiment de vide, une difficulté à sortir de chez lui, et un retrait social alors qu'il se sentait très angoissé lorsqu'il devait rester seul à son domicile. Il se plaignait également d'idées de concernement lorsqu'il se trouvait à l'extérieur, et de ruminations à caractère obsessionnel sur ce qu'il avait vécu en prison, n'arrivant pas à se projeter dans l'avenir et à trouver un peu d'espoir.

Dans un compte-rendu du 28 mai 2008, le Dr C._____, chirurgien, a posé les diagnostics incapacitants de hernie inguinale droite remontant à plusieurs années, et de douleurs testiculaires droites sur traumatisme direct (coups et blessures) depuis treize ans.

A teneur d'un rapport du 22 septembre 2008, le Dr L._____, psychiatre-psychothérapeute, a signalé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent (F33; existant depuis «1998 ?»), et de modification durable de la personnalité après une

expérience de catastrophe (F62.0). Il a attesté une incapacité de travail de 50% d'avril 2005 à mars 2008, et de 100% depuis mars 2008. Il a estimé que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, et que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans une activité adaptée.

Dans un compte-rendu du 29 janvier 2009, la Dresse Q._____ a précisé que l'assuré souffrait d'un état de mal-être global en relation avec une incarcération en Iran en 1996/1997, qu'il présentait une symptomatologie douloureuse intense, et que les différents examens effectués avaient conclu à une problématique à connotation plutôt fonctionnelle. Elle a ajouté que l'intéressé souffrait sans doute d'une dépression sévère, que cette symptomatologie évoluait dans un contexte social totalement déstructuré, et qu'une réhabilitation au travail ou recherche d'emploi serait dénuée de sens. Elle a en outre produit divers documents médicaux, dont :

- un rapport d'examen radiologique de la colonne lombaire du 23 août 2002 du Dr J._____, radiologue, concluant à des signes radiographiques de discopathie modérée L5-S1;

- un rapport de CT lombaire du 14 août 2003 du Dr K._____, radiologue, observant, d'une part, une protrusion discale postéro-médiane peu sténosante en L4-L5 dans un canal lombaire dont les dimensions étaient dans les limites inférieures de la norme, rétréci par une hypertrophie des ligaments jaunes, susceptible de produire une compression du fourreau dural, et, d'autre part, une protrusion discale postéro-médiane paramédiane droite modérément sténosante en L5-S1, susceptible d'irriter la racine S1 droite à son émergence;

- un rapport de CT cervical du 5 septembre 2003 du Dr Z._____, radiologue, concluant à l'absence de hernie, de protrusion discale ou de sténose du canal rachidien;

- un rapport du 28 novembre 2005 du Dr R._____, neurologue, dont il ressort que l'assuré présentait une douleur lombo-

sacrée irradiant dans la cuisse droite, sans net substrat neurologique sous-jacent, qu'il s'agissait – de l'avis de ce médecin – d'une symptomatologie à forte composante fonctionnelle, et qu'un traitement anti-dépresseur était indiqué.

Sur mandat de l'OAI, l'assuré a fait l'objet le 25 mars 2009 d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique réalisée à [...] par les Drs N._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Bureau romand d'expertises médicales (ci-après : le BREM). Dans leur rapport du 27 mars 2009, les experts ont exposé ce qui suit :

"A. QUESTIONS CLINIQUES

[...]

4. Diagnostics

Selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail **Depuis quand sont-ils présents ?**

- ÉPISODE DÉPRESSIF MOYEN AVEC SYNDROME SOMATIQUE F32.11 PRÉSENT DEPUIS ENVIRON 2008.
- AUCUN DU POINT DE VUE RHUMATOLOGIQUE.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail **Depuis quand sont-ils présents ?**

- MODIFICATION DURABLE DE LA PERSONNALITÉ APRÈS UNE EXPÉRIENCE DE CATASTROPHE F62.0 PRÉSENT DEPUIS ENVIRON 1994.
- SYNDROME DE DÉPENDANCE AU TABAC, UTILISATION CONTINUE F17.25.
- SYNDROME DE DÉPENDANCE AUX DÉRIVÉS DU CANNABIS, UTILISATION ÉPISODIQUE F12.26 PRÉSENT DEPUIS 1997 ENVIRON.
- DOULEURS CHRONIQUES AU NIVEAU DU TESTICULE DROIT SUITE À DES SÉANCES DE TORTURES PRÉSENT DEPUIS 1997 ENVIRON (N50.8).

5. Appréciation du cas et pronostic

[...]

Au plan somatique

Dès le début de l'entretien, Monsieur annonce que les douleurs qu'il ressent ne sont pas la cause de son incapacité de travail, mais que cette dernière est due à un état dépressif. L'anamnèse met en évidence des douleurs lombaires, cervicales, de l'épaule droite et du testicule droit. Ces douleurs se seraient

installées après des séances de tortures. Par exemple, son testicule aurait été écrasé et son épaule luxée volontairement. Les investigations qui ont été faites à partir de 2002 n'ont pas permis de poser un diagnostic précis. Les spécialistes ont tous relevé la composante psychologique des douleurs. L'examen clinique est entièrement dans la norme. Il n'y a de signe pour une atteinte radiculaire, il n'a pas de contracture musculaire, il n'y a pas d'amyotrophie. Au niveau de l'épaule droite, nous ne mettons en évidence aucune limitation des amplitudes articulaires, ni aucun signe d'instabilité. Les mouvements ne provoquent pas d'appréhension ou de douleurs. Nous ne retenons donc pas de diagnostic rhumatologique. La capacité de travail est entière dans toutes les activités. Il n'y a pas de restrictions.

Au plan psychiatrique

L'expertisé ne présente pas d'antécédents particuliers jusqu'à sa détention dans les prisons iraniennes de 1994 à 1996. Dans ce contexte, selon ses dires, il est torturé à plusieurs reprises. Ces maltraitements auraient entraîné une modification durable de la personnalité, sans état de stress post-traumatique.

Cette modification de personnalité n'a pas empêché M. H. _____ d'exercer quelques activités professionnelles (employé chez D. _____ et vendeur sur le marché).

Dès 2005, les rapports médicaux des médecins traitants relèvent un épisode dépressif avec recommandation d'un traitement antidépresseur. Toutefois M. H. _____ ne donne pas suite à cette proposition.

Fin 2007, l'état dépressif s'aggrave, Madame requérant une séparation avec un divorce prononcé en 2008.

Dès février 2008, M. H. _____ est suivi par une psychiatre privée et reçoit un traitement antidépresseur de trimipramine (Surmontil®) de tranquillisant (Temesta®) et de somnifère (Dalniadorm®).

A l'examen clinique, M. H. _____ présente une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie vitale, une diminution de la confiance en soi, des troubles du sommeil (insomnie et une vision négative des perspectives d'avenir); ces éléments correspondent à un épisode dépressif moyen accompagn[é] de syndrome somatique. A relever que le dosage sérique de trimipramine (Surmontil®) effectué le jour de l'expertise est nul ; ceci traduit une non-compliance médicamenteuse.

Je ne relève pas d'idéation suicidaire, de difficultés à soutenir son attention et à se concentrer, de sentiments de culpabilité ou de perte pondérale majeure récente, raison pour laquelle le diagnostic d'épisode dépressif sévère ne peut être actuellement retenu.

Le diagnostic de troubles dépressifs récurrents ne peut être retenu car il s'agit du même épisode dépressif, présent depuis 2005, sans période de rémission intercurrente.

D'autre part, hormis des pseudo-hallucinations, M. H. _____ ne présente pas d'éléments fondés de la lignée psychotique.

Le rapport du 16.04.2008 de la Dresse M. _____, psychiatre, retient un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques alors que dans son status, cette collègue indique qu'il n'y a pas d'élément floride de la lignée psychotique. Les idées de concernement évoquées auprès du psychiatre traitant par l'expertisé lorsqu'il se trouvait à l'extérieur de son domicile ne sont plus présentes ; en effet M. H. _____ dit ne rencontrer aucune difficulté lorsqu'il sort de chez lui ; il peut se rendre des hauts de la ville de [...] jusqu'à [...], au bord du lac pour se balader. M. H. _____ n'a aucun traitement neuroleptique prescrit qui pourrait expliquer l'absence d'élément psychotique lors de l'examen.

Des traits de dépendance et de passivité sont présents.

L'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique entraîne les limitations suivantes : anhédonie, insomnie, diminution de l'énergie vitale, ruminations, fatigabilité et retrait social. Ces limitations interfèrent de 50% dans une activité simple. Au vu de la thymie moyennement abaissée, le traitement antidépresseur est justifié et exigible.

Au vu de l'évolution, de la passivité et de la démotivation de l'expertisé, le pronostic paraît mauvais quant à la reprise d'une activité professionnelle.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique
Aucune limitation.

Au plan psychique et mental
Des limitations qualitatives et quantitatives sont présentes en relation avec l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, à savoir : anhédonie, insomnie, diminution de l'énergie vitale, ruminations, fatigabilité et retrait social.

Au plan social
L'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique entraîne un retrait social.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Au plan physique
Aucune influence.

Au plan psychique
L'anhédonie, la diminution du tonus vital, la fatigabilité et les ruminations interfèrent en partie sur l'activité exercée jusqu'ici.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Au plan physique
Peut travailler à 100%.

Au plan psychique
La capacité résiduelle de travail est de 50%.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Au plan physique
Oui à raison de 8 heures par jour.

Au plan psychique
Oui, l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à raison de 4 heures par jour.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Au plan physique
Non.

Au plan psychique
Pas de diminution du rendement dans une activité à 50%.

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

Au plan physique

Au plan psychique
Incapacité de travail de 20% au moins depuis début 2008.

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

Au plan physique
Est toujours resté à 0%.

Au plan psychique
Incapacité de travail de 100% de début 2008 à l'automne 2008.
Incapacité de travail de 50% de l'automne 2008 (amélioration partielle de la thymie et diminution des angoisses) jusqu'à ce jour.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Au plan psychique
L'assuré est en mesure de s'adapter à un environnement professionnel, pour autant que l'emploi s'exerce dans un premier temps à 50%.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

[...]

Au plan physique

Non car il peut travailler à 100% dans sa dernière activité.

Au plan psychique

Pour autant que l'expertisé la requiert, une aide au placement est envisageable, dans un premier temps à 50%.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Au plan physique

Non car il peut travailler à 100%.

Au plan psychique

Oui, par une prise **quotidienne** du traitement antidépresseur avec dosages sériques en fonction de la clinique. Ce traitement est exigible.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Au plan physique

Au plan psychique

La thymie mieux stabilisée sous antidépresseur, progressivement la capacité de travail devrait être entière.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Au plan physique

Toutes les activités sont possibles à 100%.

Au plan psychique

D'autres activités simples sont exigibles de la part de l'assuré pour autant qu'elles s'exercent dans un premier temps à 50%. A relever que M. H. _____ ne sait ni lire ni écrire le français.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

Au plan physique

A 100% soit 8 heures par jour.

Au plan psychique

L'activité adaptée peut être exercée à raison de 4 heures par jour.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure?

Au plan physique

Non.

Au plan psychique

Dans une activité à 50% pas de diminution du rendement.

[...]"

Dans un rapport d'oeso-gastro-duodénoscopie du 17 avril 2009, le Dr A. _____, gastroentérologue, a diagnostiqué une oesophagite stade Los Angeles A, avec suspicion d'une gastrite congestive, a relevé qu'un traitement d'épreuve aux inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) avait eu un effet bénéfique sur la symptomatologie, et a préconisé dès lors la poursuite de ce traitement tout d'abord pendant un mois, puis selon besoin à la dose minimale nécessaire, l'assuré s'étant par ailleurs vu communiquer des mesure d'hygiène de vie.

Par avis médical du 10 juin 2009 essentiellement fondé sur les conclusions de l'expertise du BREM, le Dr B. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a posé le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11 depuis 2008. A titre d'atteintes sans impact sur la capacité de travail, il a retenu une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe en 1994, des douleurs du testicule droit et un syndrome de dépendance au cannabis. Il a signalé des limitations fonctionnelles psychiques sous forme d'anhédonie, d'insomnie, de diminution de l'énergie vitale, de ruminations, de fatigabilité et de retrait social; il n'a relevé en revanche aucune limitation fonctionnelle somatique. Il a par ailleurs observé que le contrôle plasmatique de trimipramine et métabolites effectué dans le cadre de l'expertise du 25 mars 2009 objectivait une concentration plasmatique de médicaments non détectable, signe que l'assuré ne bénéficiait pas du traitement médicamenteux prescrit, alors même que, de l'avis de l'expert, le traitement antidépresseur était justifié et exigible avec dosages sériques en fonction de la clinique. Enfin, le Dr B. _____ a retenu une incapacité

de travail de 100% dès le début de l'année 2008, puis de 50% dès l'automne 2008 («soit dès le 22 septembre 2008»), tout en relevant qu'il n'était actuellement pas possible de dire si l'atteinte à la santé psychique allait persister après la mise en place des traitements exigibles.

Par courrier du 25 juin 2009, l'OAI a informé l'assuré que les troubles dont celui-ci était affecté pouvaient être considérés - sur la base de l'appréciation des experts du BREM et des médecins du SMR - comme une atteinte à la santé invalidante, et que la reconnaissance d'un droit à une rente d'invalidité était par conséquent envisagée. Néanmoins, attendu que, selon le rapport d'expertise du 27 mars 2009, la prise d'un traitement médical approprié pourrait notablement améliorer l'état de santé de l'intéressé, et par voie de conséquence sa capacité de travail et de gain, l'office a dès lors enjoint à ce dernier de suivre le traitement médical nécessaire à sa situation, lui rappelant à cet égard qu'en vertu d'un principe général du droit des assurances sociales, il incombait à la personne assurée de prendre toutes les mesures raisonnablement exigibles propres à limiter le dommage subi. L'assuré était invité à se déterminer sur ces questions dans les meilleurs délais.

Dans un écrit du 8 septembre 2009, l'assuré a fait savoir à l'OAI qu'il acquiesçait au traitement médical préconisé, mais qu'il contestait en revanche les conclusions de l'expertise du BREM ainsi que les conditions dans lesquelles cet examen s'était déroulé.

c) En date du 24 septembre 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2009, compte tenu d'un degré d'invalidité de 50%. Dans sa motivation, l'office a notamment relevé que l'intéressé présentait une atteinte à la santé invalidante depuis le mois de janvier 2008 et qu'à l'échéance du délai de carence, en janvier 2009, son incapacité de travail était de l'ordre de 50%, l'exercice d'une activité à un taux de 50% étant d'un point de vue médical raisonnablement exigible. Pour le reste, l'OAI s'est référé à son courrier du 25 juin 2009 - réputé faire partie intégrante de la décision à venir - aux termes duquel l'attention de l'assuré avait été

attirée sur le fait que le droit à la rente était subordonné à l'observance du traitement médical défini.

Par écrit rédigé en allemand le 21 octobre 2009, l'assuré a communiqué ses objections à l'encontre du projet précité. A la requête de l'OAI, l'intéressé a ultérieurement fait part de ses déterminations en langue française, les 10 et 11 novembre 2009. En substance, il a soutenu que s'il était d'accord de suivre les examens et traitements prescrits, il contestait en revanche l'octroi d'une demi-rente sur la base d'un taux d'invalidité de 50%, et avait du reste l'impression d'avoir subi un interrogatoire «*fort déplaisant*» lors de l'expertise réalisée par les médecins du BREM.

Par correspondance du 15 décembre 2009, l'OAI a considéré qu'il y avait lieu d'accorder pleine valeur probante à l'expertise du BREM et de maintenir la position exposée dans le projet de décision du 24 septembre 2009, nonobstant les arguments invoqués par l'assuré. Cela étant, par décision du 18 mai 2010 faisant suite au projet précité, l'OAI a fixé le montant des rentes, compte tenu d'un degré d'invalidité de 50%, à compter du 1^{er} mai 2010. Puis, aux termes d'une décision du 12 juillet 2010, le montant des rentes a été déterminé pour la période du 1^{er} janvier 2009 au 30 avril 2010. L'assuré n'a pas déposé de recours contre ces décisions.

C. **a)** Dans le cadre d'une procédure de révision de la rente ordonnée d'office par l'OAI, celui-ci a remis le 23 avril 2010 un questionnaire à l'assuré. L'intéressé a signalé, aux termes du formulaire rempli le 18 mai 2010, que son état de santé s'était dégradé depuis février-mars 2009, singulièrement qu'il présentait des problèmes à l'estomac depuis mars 2009 et aux mains depuis décembre 2008. Il a également précisé qu'en fonction de son état de santé, il avait besoin de l'aide d'autrui pour s'occuper de ses affaires administratives, et qu'il allait bientôt être opéré des deux mains.

Par rapport du 27 mai 2010, la Dresse M. _____ a retenu les diagnostics incapacitants «F33.3 + F62.0 (CIM-10)», depuis respectivement 1994 et 2000. S'agissant de l'évolution de ces atteintes, elle s'est référée à son constat du 16 avril 2008 et a observé qu'il n'y avait pas de changement, si ce n'était une aggravation de la symptomatologie dépressive. Elle a par ailleurs fait état d'une incapacité de travail de 100% ininterrompue depuis le 15 février 2008, étant précisé que l'assuré n'avait jamais travaillé depuis qu'elle le connaissait.

A teneur d'un rapport du 15 juin 2010, la Dresse Q. _____ a signalé la persistance d'une symptomatologie douloureuse susceptible d'être consécutive aux traumatismes subis en Iran.

Aux termes d'un rapport du 18 juin 2010, le Dr P. _____, médecin généraliste, a exposé que l'assuré souffrait de gastrite chronique et status après éradication de *Helicobacter Pylori*, de lombalgie non spécifique, d'hypercholestérolémie sous régime alimentaire, d'intolérance partielle au lactose, de tabagisme chronique, et de status après opération d'une hernie inguinale. Il a par ailleurs évoqué un suivi psychiatrique pour état dépressif. Il a considéré que l'intéressé ne présentait actuellement aucune pathologie somatique nécessitant des prestations de l'AI, et a corrélativement fait état d'une pleine capacité de travail sur le plan physique. Il a pour le surplus renvoyé à l'appréciation de la psychiatre traitante, la Dresse M. _____, et a annexé diverses pièces médicales à son compte-rendu, dont des rapports d'examens de laboratoire. Dans ce contexte, il a également produit les documents suivants :

- le compte-rendu susmentionné d'oeso-gastro-duodéoscopie du 17 avril 2009 du Dr A. _____;

- un rapport d'examen radiologique du thorax de face du 14 mai 2009, dans lequel la Dresse U. _____, radiologue, constatait un index cardiothoracique dans les limites de la norme, ainsi que l'absence de toute pathologie cardiovasculaire, pleuro-parenchymateuse, médiastinale ou hilare; ce médecin observait en outre une petite coiffe pleurale apicale

droite non spécifique - l'opacité visible sur la radiographie standard correspondant à la jonction chondro-costale qui s'effaçait pratiquement complètement à l'heure actuelle - et signalait par ailleurs une légère scoliose sinistro-convexe dorsale haute;

- un rapport du Dr R. _____ du 16 juin 2010, observant que l'assuré mentionnait depuis plus d'une année une douleur mécanique intéressant la face antérieure du poignet droit et irradiant jusqu'au coude, qu'il n'y avait aucune anomalie significative sur le plan neurologique, que les examens pratiqués avaient permis d'exclure un syndrome du tunnel carpien significatif ou une neuropathie ulnaire, et que le tableau évoquait en premier lieu un problème de tendinite au niveau du poignet droit;

- un rapport du 17 juin 2010 par lequel le Dr T. _____, urologue, exposait qu'il avait suivi l'assuré dès le 22 juin 2009, que le patient s'était initialement plaint de douleurs au scrotum à la suite de tortures subies en Iran, d'une dysurie et d'une latence mictionnelle remontant à deux ou trois ans, qu'une mictiographie avait montré qu'il n'y avait pas de dysurie, et qu'une échographie scrotale du 15 juillet 2009 s'était révélée normale; ce médecin précisait en outre qu'après avoir manqué une consultation le 16 septembre 2009, l'intéressé ne l'avait plus jamais consulté.

Dans un rapport du 22 juin 2010, le Dr C. _____ a relevé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Il a indiqué que ce dernier souffrait de douleurs au niveau du membre supérieur droit consécutives à une luxation récidivante de l'épaule à la suite d'un interrogatoire «*plus que musclé*» en Iran, et qu'il présentait en outre une tendinite à l'avant-bras droit (un éventuel syndrome du tunnel carpien ayant été exclu), un status après cure de hernie inguinale à droite en 2007, ainsi que des douleurs testiculaires droites résultant de l'interrogatoire subi dans son pays natal. Il a signalé des limitations fonctionnelles en lien avec la tendinite de l'avant-bras droit et la luxation récidivante de l'épaule droite, à faire évaluer par un spécialiste en orthopédie traumatologique. Quant à

la capacité de travail exigible, le Dr C._____ a considéré qu'il y avait là aussi lieu de requérir l'avis d'un orthopédiste.

Par avis médical SMR du 1^{er} décembre 2010, les Drs S._____ et V._____ ont observé que sur le plan somatique, le Dr P._____ avait confirmé le 18 juin 2010 que la capacité de travail de l'assuré demeurait entière. S'agissant des troubles psychiques, les médecins du SMR ont relevé que le compte-rendu du 27 mai 2010 de la Dresse M._____ n'apportait aucun élément nouveau prouvant l'aggravation de l'état de santé de l'assuré. En particulier, cette psychiatre faisait état d'une détérioration de l'état de santé de l'intéressé sans détailler les éléments constitutifs de cette péjoration; elle retenait en outre une incapacité totale de travail depuis le 15 février 2008, alors même que l'expertise du 25 mars 2009 avait fixé la capacité de travail à 50%. Cela étant, les Drs S._____ et V._____ ont considéré qu'il y avait lieu s'en tenir aux conclusions de l'expertise précitée fixant la capacité de travail à 50% avec des limitations fonctionnelles sous forme d'anhédonie, d'insomnie, de diminution de l'énergie vitale, de ruminations, de fatigabilité et de retrait social.

b) Le 6 décembre 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus d'augmentation de sa demi-rente d'invalidité. Pour l'essentiel, l'office a retenu que les éléments apportés ne permettaient pas de démontrer une aggravation durable de l'état de santé de l'intéressé entraînant une diminution de sa capacité de travail. L'OAI a considéré que, dans ces conditions, l'assuré devait continuer à bénéficier d'une demi-rente AI basée sur un degré d'invalidité de 50%.

Par écrit du 25 janvier 2011, l'assuré a contesté le projet de décision précité, faisant valoir que l'expertise «effectuée à F._____ par le médecin conseil du SMR» [recte : par le BREM] ne lui semblait pas du tout convaincante, qu'il ne comprenait pas comment une capacité résiduelle de travail de 50% avait pu lui être reconnue, et qu'il estimait pour sa part ne pas être en état d'exercer une quelconque activité lucrative. Il a joint à ses déterminations différents arrêts de travail à 100%

établis par la Dresse M._____ à l'attention des services sociaux depuis 2008, ainsi qu'un certificat médical du 28 janvier 2011 aux termes duquel cette psychiatre attestait l'existence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.3), et d'une incapacité de travail de 100% depuis le 15 février 2008. Il a également produit un rapport établi le 25 janvier 2011 par le Dr W._____, spécialiste en médecine interne et affections rhumatismales, lequel exposait en substance qu'en dépit du traitement suivi, l'intéressé souffrait toujours de douleurs au niveau cervico-dorso-lombaire et du testicule droit ainsi que d'un important état anxio-dépressif.

c) Par décision du 10 février 2011, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 6 décembre 2010.

Par courrier explicatif du même jour, l'office a réfuté les objections invoquées par l'assuré, considérant que l'expertise réalisée en mars 2009 était pleinement probante et que les rapports médicaux produits par l'intéressé à l'appui de sa contestation n'apportaient aucun fait nouveau.

D. **a)** Agissant par l'entremise de son mandataire, l'assuré a recouru le 14 mars 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée. Il conclut principalement à la réforme de cette décision et à ce que l'OAI entre en matière sur la demande d'augmentation de rente qu'il a déposée, en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2009. Subsidiairement, il demande l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. A titre de mesure d'instruction, il sollicite la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ou d'un complément d'expertise afin de déterminer précisément l'impact de ses atteintes sur sa capacité de travail. Sur le fond, il critique les conditions dans lesquelles s'est déroulée l'expertise effectuée par les experts du BREM le 25 mars 2009 et conteste les conclusions formulées par ces experts, dont l'avis diverge de celui de ses médecins traitants - notamment les Drs M._____ et L._____ -

s'agissant du diagnostic retenu et de l'évaluation de la capacité de travail. Cela étant, le recourant estime que c'est à tort que l'OAI a refusé d'augmenter la demi-rente d'invalidité en se limitant à reprendre l'appréciation des experts du BREM. L'assuré considère au contraire que les éléments invoqués au cours de la procédure étaient de nature à rendre vraisemblable une péjoration de son état de santé et une incapacité totale de travailler justifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité, respectivement que ces éléments auraient à tout le moins dû inciter l'office intimé à compléter l'instruction du dossier.

b) En date du 24 mars 2011, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 11 mars 2011, et désigné son mandataire, Me Jean-Marc Courvoisier, en tant qu'avocat d'office.

c) Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 9 mai 2011. Constatant que les griefs de l'assuré sont essentiellement dirigés à l'encontre du rapport d'expertise du BREM du 27 mars 2009, l'intimé relève que les faits établis par ce rapport ont cependant acquis force de chose jugée [recte : décidée], attendu que la décision d'octroi d'une demi-rente du 18 mai 2010 n'a pas été contestée en temps utile. Par conséquent, l'office observe que, pour déterminer s'il y a matière à révision, il y a lieu de comparer l'état de fait retenu lors de ladite décision à celui prévalant lors de la décision du 10 février 2011. Or, de l'avis de l'intimé, les comptes-rendus de la Dresse M._____ des 27 mai 2010 et 28 janvier 2011 ne contiennent aucun élément nouveau postérieur à mai 2010.

c) Dans sa réplique du 4 juillet 2011, le recourant se prévaut d'une aggravation de son état de santé, se référant à cet égard à un rapport médical du même jour établi par la Dresse M._____; il mentionne en outre - sur la base d'une fiche d'information au patient émanant du Dr X._____, spécialiste en gastroentérologie/hépatologie et médecine interne - qu'une coloscopie au cololyt est prévue pour le 12 septembre 2011. Cela étant, pour le cas où l'autorité de céans ne devrait pas se rallier aux conclusions de sa psychiatre traitante, l'assuré requiert,

d'une part, la mise en œuvre d'une expertise afin d'établir la péjoration de son état dépressif, et, d'autre part, l'audition de la Dresse M._____.

Il ressort notamment ce qui suit du rapport de la Dresse M._____ du 4 juillet 2011 :

"Examen psychiatrique

[...]

Status

L'assuré a beaucoup de peine à entrer en contact, le focus d'attention est mal partagé, le contact est subi davantage que souhaité. Le langage est pauvre, peu spontané; la connaissance du français est rudimentaire, bien qu'il soit en Suisse depuis quatorze ans; il présente un important trouble de l'attention, de la concentration, un ralentissement psychomoteur par moments très marqué. On note un appauvrissement et un ralentissement de la pensée centrée uniquement autour d'idées prévalentes négatives (souvenirs compulsifs de scènes de tortures subies). Présence également d'une impression de lenteur, voire d'arrêt du temps vécu, d'un défaut de projection dans l'avenir. La remémoration est très problématique, certains pans de son histoire ayant pratiquement disparu du souvenir. L'angoisse est très importante, par moments quasiment palpable; elle est sans objet, flottante, omniprésente et envahissante. Elle semble être le reflet de la violence extrême subie, une violence qui ne peut être comprise, élaborée, qui a perdu tout sens mais dont l'impact est néanmoins bien présent.

[...]

Diagnostics (CIM-10)

- Trouble panique F41.0
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques F 33.3
- Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe F62.0

Appréciation du cas

Les traumatismes extrêmement violents, répétitifs, se prolongeant dans le temps (persécutions subies par la famille depuis 1979 environ jusqu'à 1997, date de l'arrivée en Suisse) que l'assuré a subi[s], ont laissé des marques importantes dans son fonctionnement psychique. On pourrait même penser que le temps s'est arrêté et que le traumatisme se répète alors même que sa source a disparu. L'assuré le dit bien « c'est ici en Suisse comme en Iran, parfois même pire»[.]

Ce qui ressort également est la propension de l'assuré à se placer dans des situations à risque comme s'il ne percevait pas le danger et ne s'en protégeait pas. Il lui est arrivé maintes fois de prêter le

peu d'argent qu'il avait en poche, même s'il restait lui-même sans le [sou], peut-être dans un mouvement visant à dénier sa situation actuelle de dépendance. Dans une méconnaissance totale des conséquences de son geste, il a accepté d'apposer sa signature sur des papiers qui l'ont compromis injustement. Il a été accusé à tort par des personnes qu'il avait pourtant aidées dans un premier temps, etc.

Tout cela rend perplexe et je me suis souvent demandée si on pouvait le comprendre comme une tentative inconsciente et désespérée d'effacer le trauma ancien subi dans une totale impuissance par un ou des traumas actuels sur lesquels on pourrait retrouver une certaine maîtrise ? Malheureusement, ce mécanisme est vain, ne vise qu'à évacuer, qu'à créer un vide générateur d'angoisses parfois bien pires que celles qui ont été jadis à l'origine de ces processus défensifs. [...]

L'assuré est sous l'emprise d'un fonctionnement psychique essentiellement basé sur le modèle de l'acte - passage à l'acte autodestructif et somatisation (troubles du sommeil, de l'appétit, douleurs diffuses avec ou sans substrat somatiqu[e], cf[.] le rapport somatique) En l'état actuel, le trauma ne peut être élaboré psychiquement ou pas de manière suffisante pour soulager l'assuré[.]

Dans ce sens, il n'est malheureusement pas possible d'aider M. H. _____ à retrouver une indépendance et une capacité de gain, et ce ni par un traitement médicamenteux ni par un traitement psychiatrique - même si la psychothérapie de soutien peut par moments lui procurer un certain soulagement[.]

Il serait bien plus utile d'offrir à cet assuré un cadre rassurant lui permettant d'avoir un logement qu'il puisse investir dignement et meubler (lui qui souffre de douleurs dorsales importantes n'a qu'un vieux matelas sans sommier), qu'il puisse avoir accès aux soins, comme par exemple le dentiste pour le soulager de ses douleurs dentaires, elles, soignables. En effet, il a été emprisonné et a vécu longtemps sans [que des] soins dentaires ne lui aient été prodigués - il a actuellement [moult] caries et infections en attente de traitement, faute de moyens financiers[.]

On peut aussi se demander si une reconnaissance officielle de ce qu'il a vécu, de sa souffrance et de l'invalidité qui en résulte ne l'aiderait pas à prendre réellement conscience de ce qui lui est arrivé et d'amorcer un processus de deuil? [...]

Répercussions sur la capacité de travail

Limitations fonctionnelles

Troubles du sommeil, de la concentration, de la mémoire, grande fatigabilité, ruminations obsédantes, attaques de panique

Début de l'incapacité de travail

De ce que je peux attester depuis la première consultation chez moi, le 15.02.2008. Je n'ai depuis lors cessé de rédiger des certificats d'arrêt de travail à 100%

Evolution

L'incapacité est restée stationnaire; elle est entière à ce jour, elle l'a toujours été

Concernant la capacité de travail exigible

0% sur le plan psychiatrique

Dans une activité adaptée : idem"

d) Dans sa duplique du 15 août 2011, l'OAI maintient sa position, se ralliant à un avis médical SMR du 18 juillet 2011 contresigné par les Drs S._____, V._____ et O._____. Dans leur avis, ces médecins retiennent notamment ce qui suit :

"Dans le cadre de ce recours, on reçoit 2 nouvelles pièces médicales [...].

La première est un rapport médical du Dr X._____, qui nous informe que l'assuré va subir une coloscopie le 12.09.2011, sans apporter aucun élément médical nouveau au dossier.

On dispose, en outre, du rapport médical de la Dresse M._____, psychiatre FMH, qui nous envoie un rapport médical daté du 04.07.2011, avec status détaillé. Ce rapport a été étudié conjointement avec la Dresse O._____, psychiatre FMH. L'expertise psychiatrique du 25.03.2009 par la Dresse G._____ établissait comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Ce diagnostic, comme décrit dans la CIM 10, impose une modification de la personnalité importante, caractérisée par au moins 2 des manifestations suivantes :

- Attitude permanente d'hostilité et de méfiance envers le monde chez une personne qui ne présentait pas de tels traits auparavant.
- Retrait social (évitement des contacts avec des personnes autres que les quelques proches parents avec qui le sujet vit) qui n'est pas dû à un autre trouble mental actuel, par exemple un trouble de l'humeur.
- Sentiment constant de vide ou de perte d'espoir non limité à un épisode isolé de trouble de l'humeur et absent avant l'expérience du stress catastrophique ; ceci peut être associé à une dépendance accrue envers les autres, à une incapacité à exprimer des sentiments négatifs ou agressifs et à une humeur dépressive de durée prolongée sans trouble dépressif reconnu avant l'exposition au stress catastrophique.
- Sentiment durable d'être « sur la brèche » ou de se sentir menacé sans cause externe, attesté par une vigilance accrue et une irritabilité chez une personne qui ne présentait pas, antérieurement, de tels traits. Cet état d'hyper-vigilance chronique, de tensions internes et de sentiment de menace

peut être associé à une tendance à boire de façon excessive ou à prendre d'autres substances psycho-affectives.

- Sentiment permanent d'être changé ou d'être différent des autres (d'être étranger) ; ce sentiment peut être associé à une expérience d'engourdissement émotionnel.

Ce changement doit interférer de façon significative avec le fonctionnement personnel de la vie quotidienne ou être à l'origine d'une détresse subjective pour avoir des répercussions défavorables sur l'environnement social.

Ce changement de personnalité doit s'être développé après l'expérience de la catastrophe et il ne doit pas exister d'antécédents de trouble ou d'accentuation de traits de la personnalité adulte ou de trouble de la personnalité ou du développement durant l'enfance ou l'adolescence qui serait susceptible d'expliquer les traits de personnalité actuelle.

La modification de la personnalité doit être présente depuis au moins 2 ans et elle ne doit pas être liée à des épisodes d'un autre trouble mental (à l'exception d'un état de stress post traumatique) et elle ne doit pas être attribuable à une lésion ou à une maladie cérébrale.

La modification de la personnalité qui répond aux critères ci-dessus est souvent précédée par un état de stress post-traumatique. Les symptômes de ces 2 états peuvent être associés et la modification de la personnalité peut être le résultat de l'évolution chronique d'un état de stress post-traumatique.

La lecture attentive de l'examen psychiatrique et de l'appréciation du cas de la Dresse M. _____ permettent de conclure que l'état de santé de l'assuré correspond parfaitement au tableau de la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Il n'existe pas dans le status actuel de l'assuré d'éléments nouveaux qui démontrent une aggravation de son état de santé. La Dresse M. _____ parle d'un trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques, mais la lecture attentive du status de son patient ne permet pas de relever d'éléments psychotiques dans les symptômes de l'assuré.

En conclusions, les éléments nouveaux apportés au dossier ne permettent pas de s'écarter de l'avis SMR du 1^{er} décembre 2010 avec une capacité de travail maintenue chez l'assuré à 50%, de même que les limitations fonctionnelles décrites plus haut [à savoir : anhédonie, insomnie, diminution de l'énergie vitale, ruminations, fatigabilité et retrait social]."

La duplique et l'avis médical SMR ont été transmis au conseil de l'assuré qui n'a pas réagi. Suite à la demande du Tribunal du 23 octobre 2012, le conseil a transmis le 29 octobre 2012 la liste de ses opérations.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (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. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision, laquelle détermine l'objet de la contestation (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et ATF 130 V 138 consid. 2.1; cf. également TF 8C_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2 et 8C_627/2009 du 8 juin 2010 consid. 1.2). 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) En l'espèce, il est constant que l'objet de la contestation se trouve être la décision du 10 février 2011. En revanche, au vu de la position équivoque défendue par le recourant dans le cadre son recours, les précisions suivantes s'imposent quant à la délimitation de l'objet du litige.

Les décisions des 18 mai et 12 juillet 2010 ont été notifiées à l'assuré avec indication des voies de droit. L'assuré n'a pas recouru contre ces décisions dans les délais légaux. Dès lors, ces décisions sont entrées en force.

aa) La jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force (cf. ATF 135 V 215 consid. 4.1). Tout d'abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA («*Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant*»). Par ailleurs, lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. consid. 4c infra). En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA («*L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable*»). Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent, après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de

changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de rentes en cours peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts (cf. ATF 135 V 215 consid. 5).

bb) En l'occurrence, le recourant prétend que la décision litigieuse du 10 février 2011 aurait été rendue à la suite de demandes de sa part tendant à la révision de la décision initiale d'octroi de rente (cf. mémoire de recours du 14 mars 2011 p. 6 paragraphe 4). Pour autant que l'intéressé ait voulu se référer par-là à une requête de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, ses allégations s'avèrent mal fondées. En effet, il ressort clairement du dossier que le recourant n'a à aucun moment déposé auprès de l'autorité compétente – soit l'autorité ayant rendu la décision dont la révision est demandée (cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} édition, Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 21 ad art. 53 LPGA, p. 675) – une quelconque demande dans ce sens, mais que la décision du 10 février 2011 est au contraire intervenue dans le cadre d'une procédure de révision de la rente d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, procédure intentée d'office par l'intimé (cf. let. C.a supra).

De surcroît, les conclusions du recourant sont irrecevables en tant qu'elles visent à ce que l'OAI entre en matière sur sa demande d'augmentation de rente, en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2009 (cf. mémoire de recours du 14 mars 2011 p. 11, cf. let. D.a supra). En effet, il n'appartient pas à la Cour de céans de revenir sur le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2009, ce droit ayant été entériné par des décisions entrées en force (cf. let. B.c supra). Au surplus, contrairement à ce que l'assuré soutient, on rappellera que la présente affaire découle non pas d'une demande d'augmentation de la rente, mais d'une procédure de révision d'office menée par l'OAI (cf. let. C.a supra).

c) Cela étant, en l'espèce, le litige porte uniquement sur le point de savoir si l'OAI était fondé, par décision du 10 février 2011, à refuser d'augmenter la rente d'invalidité du recourant.

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 (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 (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. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher

l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

La jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3; voir aussi TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite (cf. art. 17 al. 2 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations, dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ou lorsqu'un tel changement a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 349 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (cf. ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence; TF 9C_181/2011 du 9 décembre 2011 consid. 6.1).

Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

5. Il incombe par conséquent à la Cour de céans d'examiner si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit pendant la période entre les décisions des 18 mai et 12 juillet 2010 et la décision litigieuse du 10 février 2011, justifiant une augmentation de cette prestation.

a) Les décisions des 18 mai et 12 juillet 2010 étaient essentiellement fondées sur le rapport d'expertise bidisciplinaire

(rhumatologique et psychiatrique) des Drs N._____ et G._____, du BREM, du 27 mars 2009.

Du point de vue rhumatologique les experts ont précisé que l'anamnèse mettait en évidence des douleurs lombaires, cervicales, de l'épaule droite et du testicule droit, que ces douleurs auraient été consécutives à des séances de torture, que les investigations menées dès 2002 n'avaient pas permis de poser un diagnostic précis, et que les spécialistes avaient tous relevé la composante psychologique des douleurs. Ils ont ajouté que l'examen clinique était dans la norme, qu'il n'y avait pas de signe pour une atteinte radiculaire, qu'il n'existait pas d'évidence de contracture musculaire, et qu'il n'y avait pas d'amyotrophie. Au niveau de l'épaule droite, ils n'ont constaté aucune limitation des amplitudes articulaires, ni aucun signe d'instabilité, et ont indiqué que les mouvements ne provoquaient pas d'appréhension ou de douleurs. Cela étant, ils n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant et ont considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité sur le plan somatique, respectivement que ce dernier ne présentait pas de restrictions physiques.

Sous l'angle psychique, les experts ont posé le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. A titre d'atteinte sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont notamment mentionné une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Ils ont relevé qu'à l'examen clinique, l'assuré présentait une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie vitale, une diminution de la confiance en soi, et des troubles du sommeil (insomnie, vision négative des perspectives d'avenir) - éléments correspondant à un épisode dépressif moyen associé à un trouble somatique. Ils ont estimé que ce trouble avait entraîné une incapacité de travail de 100% dès le début de l'année 2008, mais que depuis l'automne 2008, suite à une amélioration partielle de la thymie et à une diminution des angoisses, l'incapacité de travail s'élevait à 50% dans l'activité habituelle de l'assuré comme dans une activité adaptée, compte

tenu des limitations fonctionnelles suivantes : anhédonie, insomnie, diminution de l'énergie vitale, ruminations, fatigabilité et retrait social.

On notera, au surplus, qu'il n'appartient pas à la Cour de céans de se prononcer sur les griefs soulevés par le recourant à l'encontre du déroulement et des conclusions de l'expertise du BREM (cf. mémoire de recours du 14 mars 2011, cf. let. D.a supra). Si l'assuré entendait émettre des critiques à ce propos, il lui incombait de le faire dans le cadre d'une procédure idoine, à savoir en interjetant recours à l'encontre des décisions d'octroi de rente des 18 mai et 12 juillet 2010. L'intéressé s'est toutefois abstenu d'effectuer de telles démarches, si bien que ces décisions sont entrées en force. Or, les motifs d'une décision de rente entrée en force ne peuvent pas faire l'objet d'un réexamen dans le cadre d'une procédure de révision; il n'y a pas lieu de revenir sur lesdits motifs, à moins que l'on ne soit en présence d'un nouveau cas d'assurances (cf. ATF 136 V 369 consid. 3.1; cf. TF 9C_920/2010 du 18 octobre 2011 consid. 2.2), conditions qui ne sont pas réalisées en l'espèce. Cela étant, il ne saurait être question de revenir ici sur le bien-fondé des décisions des 18 mai et 12 juillet 2010, singulièrement d'analyser si c'est à tort ou à raison que l'OAI s'est basé sur l'expertise du BREM pour rendre ces décisions. Dans le cadre de la présente affaire, il appartient uniquement à la Cour de céans d'examiner si les circonstances de l'espèce se sont modifiées de manière significative depuis les décisions des 18 mai et 12 juillet 2010 au point de justifier une modification du droit à la prestation.

b) En l'occurrence, l'OAI considère que la situation est demeurée inchangée depuis les décisions des 18 mai et 12 juillet 2010 et qu'il n'y a dès lors pas lieu d'augmenter la rente d'invalidité du recourant. Celui-ci conteste cette appréciation, se prévalant d'une dégradation de son état de santé.

aa) En ce qui concerne les troubles somatiques du recourant, on ne saurait s'arrêter sur le fait que celui-ci ait affirmé, dans le formulaire rempli le 18 mai 2010, que son état de santé s'était dégradé depuis février-mars 2009, singulièrement qu'il présentait des problèmes à

l'estomac depuis mars 2009 et aux mains depuis décembre 2008 (cf. let. C.a supra). Outre le fait qu'il n'a fourni aucune preuve à l'appui de ses allégations, il demeure surtout que ces dernières se rapportent à l'état de fait visé par les décisions initiales d'octroi de rente des 18 mai et 12 juillet 2010, sur lesquelles il n'y a pas lieu de revenir ici dès lors qu'elles sont entrées en force (cf. consid. 5a supra). De même, il n'y a pas davantage lieu de s'attarder sur l'opération des deux mains annoncée dans le formulaire susdit (cf. let. C.a supra), attendu que l'assuré n'a fondé ses dires sur aucun élément concret et que cette intervention n'a nullement été évoquée par les différents médecins interpellés.

Pour ce qui est de la Dresse Q._____, elle s'est limitée, dans son rapport du 15 juin 2010, à signaler la persistance d'une symptomatologie douloureuse susceptible d'être consécutive aux traumatismes subis en Iran. Ce faisant, elle n'a nullement laissé entendre que l'état de santé de l'assuré se serait dégradé depuis les décisions initiales de rente.

Quant au Dr P._____, il a estimé dans un rapport du 18 juin 2010 que le recourant - atteint de gastrite chronique et status après éradication de *Helicobacter Pylori*, de lombalgie non spécifique, d'hypercholestérolémie sous régime alimentaire, d'intolérance partielle au lactose, de tabagisme chronique, et de status après opération d'une hernie inguinale - ne présentait aucune pathologie somatique nécessitant des prestations de l'AI, respectivement que la capacité de travail était entière sur le plan physique. En d'autres termes, ainsi que l'ont constaté les médecins du SMR (cf. avis médical des Drs S._____ et V._____ du 1^{er} décembre 2010), le Dr P._____ a fait part d'une situation superposable à celle observée par les experts du BREM en mars 2009, lesquels avaient eux aussi conclu à l'absence d'atteinte physique incapacitante.

S'agissant plus particulièrement des pièces produites par le Dr P._____ à l'appui de son appréciation, on notera tout d'abord que le rapport d'oeso-gastro-duodénoscopie du 17 avril 2009 du Dr A._____

avait déjà été versé au dossier à la suite de la demande initiale de prestations, si bien qu'il ne saurait être pertinent dans le cadre de la présente procédure de révision. Quant au rapport d'examen radiologique du thorax de la Dresse U. _____ du 14 mai 2009, il aurait pu et dû être transmis dans le cadre de la procédure initiale de rente. Ce point ne prête toutefois pas à conséquence, dans la mesure où ce document ne fait nullement état de troubles susceptibles de diminuer la capacité de travail de l'assuré, ce que le Dr P. _____ a du reste implicitement confirmé dans son avis du 18 juin 2010. Pour ce qui est du rapport du Dr T. _____ du 17 juin 2010, ce constat concerne un suivi urologique dispensé dès juin 2009 et interrompu par l'assuré en septembre 2009. Se pose dès lors la question de savoir si l'intéressé, en vertu de son devoir de collaborer (cf. ATF 125 V 193 consid. 2), n'aurait pas dû informer l'autorité administrative de ce suivi médical à l'époque de la procédure initiale d'octroi de rente. Peu importe, toutefois, dès lors que le compte-rendu du 17 juin 2010 se limite à relever l'existence de douleurs au niveau du scrotum - déjà connues des experts du BREM (cf. consid. 5a supra) - et à conclure à l'absence de dysurie, sans émettre d'observation dans le sens d'une atteinte somatique incapacitante; de ce fait, on comprend également que le Dr P. _____ n'ait décelé dans ce constat aucun indice de trouble urologique invalidant. Reste enfin à examiner le rapport du Dr R. _____ du 16 juin 2010. Dans ce rapport, le Dr R. _____ a observé que l'assuré mentionnait depuis plus d'une année une douleur mécanique intéressant la face antérieure du poignet droit et irradiant jusqu'au coude. Attendu qu'à l'époque des décisions initiales d'octroi de rente, les pièces du dossier ne contenaient aucune référence à des douleurs de l'avant-bras droit, singulièrement du poignet droit, on pourrait dès lors s'interroger sur le point de savoir si le compte-rendu du Dr R. _____ - faisant remonter ces douleurs en tous les cas à juin 2009 - devrait être formellement analysé sous l'angle d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPG. La Cour peut toutefois s'abstenir de trancher cette question en l'occurrence, dans la mesure où, s'il avait été connu lors de la procédure initiale d'octroi de rente, le rapport du Dr R. _____ n'aurait malgré tout pas amené l'OAI à statuer différemment sur la demande de prestations de l'assuré (cf. sur la notion de faits ou moyens de preuve nouveaux : Valterio, op. cit., n°

3122 p. 845 s.). En effet, dans son rapport, le Dr R._____ a observé que la nuque de l'assuré était souple, que les réflexes tendineux aux membres supérieurs étaient normovifs et symétriques, que les tests de Tinel et Phalen étaient négatifs mais que la palpation de la région antérieure du carpe droit était douloureuse, et qu'il n'y avait pas de déficit moteur, ni sensitif (cf. rapport du 16 juin 2010 p. 1). Il a ajouté qu'il n'y avait aucune anomalie significative sur le plan neurologique, que les examens pratiqués avaient permis d'exclure un syndrome du tunnel carpien significatif ou une neuropathie ulnaire, et que le tableau «*évoqu[ait] en premier lieu un problème de tendinite au niveau du poignet droit*» (cf. ibid. p. 2). Cela étant, il apparaît que le rapport du Dr R._____ du 16 juin 2010 ne démontre pas clairement l'existence d'une affection incapacitante au niveau de l'avant-bras droit, ce spécialiste s'étant contenté d'évoquer une éventuelle problématique de tendinite sans pour autant s'estimer en mesure de poser catégoriquement ce diagnostic. Ainsi, de telles circonstances n'auraient selon toute vraisemblance pas pu aboutir à une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. En définitive, on ne peut donc que partager l'opinion du Dr P._____, lequel, tout en ayant connaissance du rapport du Dr R._____, a conclu à l'absence d'affection incapacitante sur le plan physique.

Concernant le Dr C._____, il a pour l'essentiel relevé, dans son compte-rendu du 22 juin 2010, que l'assuré présentait des limitations fonctionnelles en relation avec des troubles de l'épaule droite - d'origine traumatique - et une tendinite de l'avant-bras droit, et qu'il y avait lieu de requérir l'avis d'un orthopédiste pour déterminer la capacité de travail exigible. D'une part, les troubles de l'épaule droite étaient déjà connus lors de la procédure initiale d'octroi de rente et il était apparu à l'époque qu'ils ne se répercutaient pas sur la capacité de travail (cf. notamment rapport d'expertise du BREM du 27 mars 2009 p. 10 et 17). Le Dr C._____ n'explique nullement en quoi la situation serait désormais différente. D'autre part, ce médecin a péremptoirement retenu que l'assuré souffrait d'une tendinite de l'avant-bras droit engendrant des limitations fonctionnelles, sans toutefois apporter le moindre élément concret et objectif à l'appui de son appréciation. Or, ainsi qu'il a été relevé ci-avant, il

ressort du compte-rendu du Dr P._____ du 18 juin 2010 ainsi que des observations formulées par le Dr R._____ le 16 juin 2010 que l'assuré présente tout au plus des douleurs laissant évoquer un problème de tendinite, mais que l'on ne peut, en l'état, ni poser catégoriquement un tel diagnostic, ni encore moins retenir que cette prétendue affection aurait des répercussions sur la capacité de travail. Sur ces questions, les conclusions du rapport du Dr C._____ du 22 juin 2010 ne sauraient dès lors être suivies. Au surplus, on notera que dans son compte-rendu, ce dernier médecin a considéré que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, appréciation qui témoigne davantage de l'absence de toute évolution significative plutôt que d'une quelconque aggravation.

Il apparaît en outre que le Dr W._____ a établi le 25 janvier 2011 un rapport mentionnant des douleurs sur le plan cervico-dorso-lombaire ainsi qu'au niveau du testicule droit, en relation avec les sévices dont l'assuré avait été victime en Iran. Ce médecin a ainsi décrit une symptomatologie similaire à celle observée par les experts du BREM en mars 2009. Aucun changement important sous l'angle somatique ne peut donc être déduit de l'avis médical du 25 janvier 2011.

S'agissant par ailleurs des problèmes dentaires signalés par la Dresse M._____ dans son constat du 4 juillet 2011 (p. 5), ceux-ci étaient déjà connus lors de la procédure initiale d'octroi de rente (cf. attestation du Dr I._____ du 10 mars 2008) et rien n'indique qu'ils aient évolué depuis lors ou encore moins qu'ils puissent influencer de quelque manière que ce soit sur la capacité de travail de l'assuré.

Enfin, dans sa réplique du 4 juillet 2011, le recourant a fait valoir qu'il était supposé subir le 12 septembre 2011 une coloscopie au cololyt, réalisée par le Dr X._____. L'assuré n'a en revanche fourni aucune information sur les raisons d'une telle intervention, dont on ignore du reste si elle a en définitive été pratiquée ou non, et, le cas échéant, avec quels résultats. Or, il convient de relever, d'une part, que selon une jurisprudence constante, le juge examine la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où

la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 p. 220; 121 V 362 consid. 1b p. 366 et les références), soit en l'occurrence le 10 février 2011. D'autre part, le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire - qui atténue le principe inquisitoire - comprend notamment l'obligation pour ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195); ainsi, si le recourant entendait se prévaloir de la coloscopie précitée, il lui appartenait d'établir clairement en quoi cet élément pouvait être pertinent, ce qu'il n'a pas fait. Cela étant, attendu que la coloscopie susdite, invoquée en procédure de recours, était prévue pour une date postérieure à celle de la décision litigieuse du 10 février 2011, et dès lors que rien au dossier n'incite à penser que cette intervention aurait pu témoigner d'une quelconque évolution des troubles de santé de l'assuré entre les décisions initiales d'octroi de rente et la décision attaquée, il s'ensuit que cet élément ne peut par conséquent pas être pris en compte par la Cour de céans dans le cadre de la présente affaire.

Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, il y a dès lors lieu de considérer que le dossier de la cause ne comporte aucun indice concret allant dans le sens d'une évolution significative des troubles somatiques de l'assuré depuis les décisions des 18 mai et 12 juillet 2010.

bb) Sur le plan psychique, la Dresse M. _____ a tout d'abord signalé, dans un rapport du 27 mai 2010, des diagnostics incapacitants («F33.3 + F62.0») superposables à ceux évoqués dans son précédent compte-rendu du 16 avril 2008, auquel elle a du reste renvoyé tout en précisant qu'il n'y avait pas de changement si ce n'était une aggravation de la symptomatologie dépressive; elle a en outre fait état d'une incapacité de travail de 100% depuis le 15 février 2008. A l'aune de ces éléments, il apparaît que, dans son rapport du 27 mai 2010, la Dresse M. _____ s'est essentiellement limitée, d'une part, à énoncer ses propres conclusions quant aux diagnostics et à la capacité de travail de l'assuré -

telles qu'elle les avait en substance déjà indiquées lors de la procédure initiale d'octroi de rente - et n'a pour le surplus aucunement motivé sa position. Or, le fait que la psychiatre traitante ait ainsi pris le contre-pied des conclusions des experts du BREM (cf. consid. 5a supra), sans aucune explication, ne saurait constituer un motif de révision. D'autre part, si la Dresse M. _____ a effectivement mentionné une aggravation de la symptomatologie dépressive, elle n'a toutefois nullement détaillé les éléments constitutifs de cette prétendue péjoration, laquelle ne peut par conséquent pas être retenue au degré de la vraisemblance prépondérante. Aussi, force est de constater - à l'instar des Drs S. _____ et V. _____ du SMR dans leur avis médical du 1^{er} décembre 2010 - que le rapport sommairement rédigé par la Dresse M. _____ le 27 mai 2010 ne contient en définitive aucun élément nouveau dans le sens d'une aggravation de l'état de santé du recourant.

La même conclusion s'impose s'agissant du rapport du 28 janvier 2011, par lequel la psychiatre susmentionnée a attesté l'existence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.3), et d'une incapacité de travail de 100% depuis le 15 février 2008. Aux termes de ce très bref compte-rendu (de trois lignes), la Dresse M. _____ s'est en effet contentée de synthétiser ses précédentes observations sans aucune motivation. On ne saurait dès lors voir là l'indice d'une évolution significative des troubles psychiques de l'assuré.

En date du 4 juillet 2011, la Dresse M. _____ a en outre rédigé un compte-rendu circonstancié, dans lequel elle a retenu les diagnostics de trouble panique (F41.0), trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndromes psychotiques (F33.3), et modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). S'agissant des limitations fonctionnelles, elle a signalé des troubles du sommeil, de la concentration et de la mémoire, une grande fatigabilité, des ruminations obsédantes ainsi que des attaques de panique. Elle a en outre maintenu que la capacité de travail était nulle depuis le 15 février 2008, dans toute activité. Cela étant, sur le plan formel, force est tout d'abord de relever que si ce compte-rendu est

certes postérieur à la décision litigieuse du 10 février 2011, il n'en doit pas moins être pris en compte dans le cadre de la présente procédure, dans la mesure où il permet d'apprécier les circonstances prévalant lors du prononcé de cette décision (cf. TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012 et jurisprudence citée). Sur le fond, il faut rappeler que les Drs S._____, V._____, et O._____ du SMR se sont déterminés en date du 18 juillet 2011 sur le compte-rendu de la Dresse M._____. Dans leur avis, les médecins du SMR ont observé que la lecture attentive de l'examen psychiatrique et de l'appréciation du cas réalisés par la psychiatre traitante permettait de conclure que l'état de santé de l'assuré correspondait parfaitement au tableau de la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, diagnostic qu'avaient retenus les experts du BREM en mars 2009 au titre d'atteinte dépourvue d'impact sur la capacité de travail. Les médecins du SMR ont ajouté qu'il n'existait pas, dans le status actuel de l'assuré, d'éléments nouveaux démontrant une aggravation de son état de santé. Ils ont également relevé que la Dresse M._____ parlait d'un trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques mais que la lecture attentive du status du recourant ne permettait pas de retenir d'éléments psychotiques dans les symptômes de l'intéressé. Pour ces raisons, les médecins du SMR ont estimé qu'il y avait lieu de s'en tenir à leur précédent avis du 1^{er} décembre 2010. En résumé, les Drs S._____, V._____, et O._____ du SMR ont expliqué de manière détaillée et convaincante (cf. consid. 3b supra) les raisons pour lesquelles il y avait lieu de considérer que le compte-rendu de la Dresse M._____ du 4 juillet 2011 n'attestait aucun changement important des troubles du recourant. Aucun élément décisif au dossier ne tend à infirmer leur position. Par conséquent, la Cour de céans ne voit aucune raison de ne pas se fier à l'avis précité des médecins du SMR (cf. consid. 3b supra). Aussi retiendra-t-on en définitive que rien dans les observations formulées par la psychiatre traitante le 4 juillet 2011 ne tend à indiquer que l'état de santé psychique de l'assuré se serait dégradé depuis la procédure initiale d'octroi de rente.

Enfin, en ce qui concerne le fait que le Dr W._____ ait évoqué un important état anxio-dépressif dans son rapport du 25 janvier

2011, force est de constater que ce médecin n'a nullement motivé sa position sur le sujet et qu'il n'est du reste pas spécialiste en psychiatrie. Aussi ne saurait-on se fonder sur ce constat pour conclure à un changement significatif des troubles psychiques de l'assuré.

Cela étant, il n'y a donc pas matière à révision sur le plan psychique.

c) Au vu des circonstances de l'espèce et compte tenu notamment de l'absence d'une modification significative de l'état de santé du recourant, c'est donc à juste titre que l'OAI, dans la décision dont est recours, a maintenu une capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiques de l'assuré, et confirmé l'allocation d'une demi-rente AI basée sur un degré d'invalidité de 50%.

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une audition de la Dresse M. _____ ou d'une expertise médicale. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable, et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge du recourant qui succombe.

Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Celui-ci a produit la liste de ses opérations en date du 29 octobre 2012, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat de sorte qu'elle doit être arrêtée à 13 heures 50 de prestations d'avocat, soit un montant total d'honoraires s'élevant à 2'689 fr. 20, TVA de 8% comprise (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]). De surcroît, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Selon le montant indiqué par le conseil d'office, ceux-ci s'élèvent à 91 fr. 50, auxquels il convient d'ajouter 7 fr. 32 de TVA. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 2'788 fr. 02 (TVA de 8 % comprise), montant qu'il convient d'arrondir à 2'788 fr.

La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi

de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision rendue le 10 février 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Jean-Marc Courvoisier, conseil du recourant, est arrêtée à 2'788 fr. (deux mille sept cent huitante-huit francs).
- 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Marc Courvoisier (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :