

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 août 2014

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Bidiville et Mme Moyard, assesseurs
Greffière : Mme Rossi

Cause pendante entre :

G._____, à Nyon, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 17 al. 1 et 53 LPGA ; 28 al. 1, 29 al. 1 et 48 al. 2 LAI ; 88a al. 1
RAI**

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est ressortissant macédonien, né en 1969, marié et père de cinq enfants nés respectivement en 1991, 1992, 1994, 1999 et 2004. Il est titulaire d'un permis de séjour (B) en Suisse, où il est arrivé en 1989. Il parle assez bien le français, qu'il lit en partie mais n'écrit pas. Son dernier emploi a été celui de jardinier-paysagiste, mais dès le mois de février 1997, il a présenté une incapacité de travail totale dans cette profession, en raison de lombalgies. Le 27 février 1998, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à un reclassement professionnel.

Le 30 avril 1998, il s'est soumis à une discotomie L5-S1 droite pour cure de hernie discale, à l'Hôpital [...], par le Dr [...], spécialiste en neurochirurgie. Selon le rapport établi le 28 septembre 1998 par ce médecin, les douleurs lombaires ont toutefois persisté.

Le 3 août 1999, le Dr [...], spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a proposé une reprise du travail à 50% au maximum dans une activité sédentaire légère. Dans un rapport du 7 juin 2000, ce médecin a constaté une capacité de travail de 75% dans une activité légère de type sédentaire, mais permettant une alternance des positions, l'assuré ne pouvant pas rester assis de façon prolongée.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a convoqué l'assuré pour un stage de trois mois au Centre Orif de Morges, du 13 mars au 12 juin 2000. Au terme de ce stage, le directeur du centre a établi un rapport, le 13 juin 2000, et a notamment indiqué que l'assuré avait des compétences techniques et plus particulièrement manuelles qu'il pouvait adapter à différentes activités, mais avec un rendement très faible. Il avait montré de l'intérêt et fait preuve d'une bonne collaboration à tous les niveaux. Après onze jours de travail de production dans une activité qui ne lui demandait pas d'efforts particuliers, mais une régularité dans le mouvement et de la

persévérance, il avait été arrêté en raison d'un blocage du dos. L'assuré présentait une certaine fragilité sur le plan psychique. Il n'avait pas, pour l'heure, les moyens d'entreprendre une réadaptation professionnelle et des investigations sur le plan médical étaient nécessaires.

L'OAI a ensuite confié à la Clinique B. _____, à [...], le soin de réaliser une expertise pluridisciplinaire. L'assuré a séjourné dans cette clinique du 19 au 22 août 2002. Dans un rapport du 25 septembre 2002, le Dr V. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, a notamment posé les diagnostics suivants :

- « 1) Syndrome somatoforme douloureux persistant
- 2) Lombosciatalgies bilatérales à nette prédominance gauche avec status après cure de hernie discale L5-S1 droite le 30.04.1998 avec vraisemblable récurrence sans atteinte radiculaire, troubles statiques (scoliose lombaire droite) et troubles dégénératifs lombaires avec canal aux normes inférieures de type mixte (arthrose facettaire L3-L4, L4-L5 et L5-S1)
- 3) Cervico-brachialgies gauches avec troubles statiques et dégénératifs C5-C6 et syndrome canalaire irritatif mineur du nerf cubital gauche au coude
- 4) Troubles statiques dorsaux et séquelles de maladie de Scheuermann ».

Le Dr V. _____ a constaté que l'assuré n'était plus capable d'exercer son ancienne profession de jardinier-paysagiste, mais qu'il disposait d'une capacité de travail de 50 à 70% dans une activité légère adaptée, suivant le type d'activité. Toute profession ne nécessitant pas le port de charges de plus de 5 kg ni des déplacements pouvait être considérée comme adaptée. L'observation avait montré que l'assuré pouvait tenir en position assise ou debout pendant quatre heures de suite sans difficulté majeure. Le pronostic d'une réorientation professionnelle était toutefois mauvais en raison de facteurs non médicaux. L'incapacité de travail avait été totale dans toute profession dès le 30 avril 1998, puis avait été de 50% dans une activité adaptée dès le 26 mai 1999. L'assuré disposait désormais d'une capacité de travail de 50 à 70% dans une activité adaptée. Le Dr V. _____ s'appuyait notamment sur un examen psychiatrique pratiqué le 20 août 2002 par le Dr [...], psychiatre (rapport du 22 août 2002), sur un examen électroneuromyographique pratiqué le

22 août 2002 par le Dr [...], neurologue (rapport du 2 septembre 2002), ainsi que sur les observations réalisées en ateliers professionnels du 19 au 22 août 2002 (rapport du chef des ateliers professionnels, [...], du 23 août 2002).

L'OAI a convoqué l'assuré pour un stage au Centre H. _____, à [...], du 31 mars au 29 juin 2003. Dans leurs rapports des 28 et 30 juin 2003, les maîtres de stage ont constaté que l'assuré disposait d'aptitudes physiques pour un reclassement dans une activité simple, pratique et légère, dans le circuit économique normal. La capacité de travail était de 70% au minimum à 100% après quelques semaines de mise au courant en entreprise (rendements observés : 100% la première semaine, puis en diminution, avec des rendements de 70 à 95%). Le stage a ensuite été prolongé du 30 juin au 19 octobre 2003 et, selon les rapports des 8 septembre et 4 novembre 2003, a permis de confirmer une pleine capacité de travail dans une activité légère, permettant la mobilité corporelle et n'impliquant pas le port de lourdes charges.

Le 30 mars 2006, M. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a pris position sur le dossier et a proposé de tenir pour établie une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Elle a précisé que la limitation de la capacité de travail à un taux de 50 à 70% constatée par le Dr V. _____ ne correspondait pas aux observations cliniques décrites par les médecins de la Clinique B. _____, de sorte que le Dr V. _____ « [avait] dû prendre en considération aussi des facteurs extra-médicaux ».

Le 11 janvier 2007, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision, par lequel il indiquait son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} février 1998 au 30 novembre 1999 et de nier le droit à une rente pour la période postérieure. L'OAI considérait qu'à partir du mois de septembre 1999, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité ne nécessitant pas le port de charges de plus de 5 kg et permettant l'alternance des positions toutes les quatre heures. Cette capacité résiduelle de travail lui permettait

de réaliser un revenu au moins équivalent à celui qu'il aurait gagné sans atteinte à la santé.

Par acte du 24 mai 2007, réceptionné le lendemain par l'OAI, l'épouse de l'assuré a contesté ce projet de décision. Le 25 juin 2007, la Dresse U._____, médecin généraliste traitant de l'intéressé, a adressé à l'OAI un rapport médical faisant notamment état des diagnostics suivants :

- « 1. Cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire, sur protrusions discales C4-C5, C5-C6, L5-S1, sur canal cervical et lombaire étroit et sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann.
2. Lombosciatalgies aiguës droites à répétition et status post-cure [de] hernie discale (discotomie L5-S1 droite) le 30.04.98 [...].
3. Etat anxio-dépressif chronique.
4. Epicondylite du coude gauche et atteinte du cubital gauche ».

Elle précisait qu'en dépit des traitements, l'assuré se plaignait de façon continue d'importantes douleurs au niveau de tout le rachis lombaire, d'épigastralgies, d'angoisse, de nervosité et de troubles du sommeil. Son état de santé se péjorait de jour en jour, tant sur le plan physique que psychique, et ne lui permettait pas de reprendre une activité lucrative.

Par décision du 30 novembre 2007, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour une durée limitée du 1^{er} février 1998 au 30 novembre 1999.

B. Le 29 décembre 2007, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport médical à l'intention de l'OAI, dans lequel il posait notamment le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et de trouble anxieux et dépressif mixte. Il précisait que les atteintes à la santé s'aggravaient. L'assuré avait été hospitalisé trois semaines à l'Hôpital D._____, en avril 2006, en raison d'une péjoration de son état dépressif. Par la suite, il avait continué un suivi régulier en ambulatoire. L'état dépressif s'aggravait à nouveau depuis trois mois et l'incapacité de travail était totale. Le Dr Q._____ a produit le rapport de sortie de l'Hôpital D._____, daté du 7 juin 2006 et

signé par les Drs Y._____ et D._____. Ces derniers ont notamment posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndromes somatiques, et de troubles somatoformes sans précision.

Le 8 janvier 2008, l'épouse de l'assuré a déposé, pour ce dernier, une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Le 16 janvier 2008, l'OAI a pris acte du dépôt d'une nouvelle demande de prestations, en précisant qu'il considérait que celle-ci datait du 25 mai 2007. Il est entré en matière et a convoqué l'assuré pour un examen psychiatrique par le Dr K._____, médecin au SMR. Au terme de cet examen, pratiqué le 6 janvier 2009, le Dr K._____ a posé le diagnostic de dysthymie, sans répercussion sur la capacité de travail. Il a notamment exposé ce qui suit :

« L'examen clinique SMR met en évidence un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. En effet, à l'examen on retrouve certes une thymie légèrement abaissée, avec ruminations concernant l'avenir sans idées noires mais sans anhédonie, sans repli sur lui-même, sans perte d'estime, avec sommeil entrecoupé mais réendormissement rapide, appétit conservé, sans trouble de concentration ou d'attention, sans adynamie. Ce tableau est particulier de par sa fluctuation avec à raison de 70% du temps des moments où l'assuré se dit moins bien, reste allongé, n'arrive plus à sortir de chez lui, [à] s'occuper de ses enfants et à raison de 30% du temps, il retrouve son énergie, sort, rencontre ses amis au café. L'intensité et la fluctuation du tableau évoque le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquels ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés. Tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui semble être le cas lorsqu'il n'est pas à son domicile (en Macédoine, par exemple). Il est à noter que ce diagnostic est évoqué dans le rapport médical du psychiatre traitant du 29.12.2007, page 2 : " *Il y a déjà un risque d'évolution vers une dépression résistante ou une évolution à type dysthymique tardive* " ».

Nous nous éloignons du diagnostic retenu par le psychiatre traitant de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, car

- d'une part, les critères-symptômes d'un épisode sévère ne sont pas retrouvés lors de l'examen clinique SMR,

- et que d'autre part, nous n'avons pas de notion d'un épisode dépressif résolutif dans les antécédents.
- Certes, le psychiatre traitant a fait parvenir la lettre de sortie de l'Hôpital D. _____, qui retient aussi un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, mais en expliquant que l'épisode dépressif est essentiellement réactionnel à des difficultés familiales, sans fournir d'élément anamnestique concernant un hypothétique état dépressif antérieur.

[...]

Notre examen clinique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Nous pouvons donc considérer que l'examen clinique SMR ne met pas en évidence de maladie psychiatrique, ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée ».

Par projet de décision du 3 février 2009 et décision du 16 mars 2009, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations.

C. **a)** Le 30 avril 2009, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il demandait notamment que le tribunal envisage de lui allouer des prestations ensuite d'une reconsidération de la décision du 30 novembre 2007, d'une révision procédurale de cette décision « sur la base d'éléments nouveaux » ou encore en traitant sa demande du 8 janvier 2008 comme une « requête à part entière ». Il a notamment produit une attestation du 7 mai 2009 des Drs R. _____ et X. _____, médecins à l'Hôpital D. _____, relative à une hospitalisation de l'assuré dans cet établissement du 8 mars au 24 avril 2009, ainsi qu'à une incapacité de travail pendant toute la durée de ce séjour en milieu hospitalier et du 25 avril au 1^{er} mai 2009 inclus. Il a également déposé, le 28 octobre 2009, une lettre du Dr Q. _____ à son mandataire du 8 octobre 2009, dans laquelle le médecin traitant a indiqué ce qui suit :

«Je m'adresse à vous au sujet de Monsieur G. _____, né le [...]1969, suivi dans mon cabinet médical depuis février 2006.

Il présente un trouble dépressif récurrent depuis plusieurs années avec un état dépressif actuel sévère.

Son état s'est péjoré pendant l'année 2009 et il a nécessité un séjour hospitalier à l'Hôpital D. _____ du 08 mars 2009 au 24 avril 2009 suite à une intervention de la garde psychiatrique d'urgence à son domicile. Le diagnosti[c] retenu a été "aggravation d'une symptomatologie anxiodépressive". Après sa sortie de l'hôpital, il a continué son suivi régulier dans mon cabinet ainsi qu'une prise en charge à l'hôpital de jour de D. _____. Par ailleurs, il a un traitement pharmacologique antidépresseur et anxiolytique.

A signaler qu'en septembre 2009, il a fait des actes auto agressifs (prise médicamenteuse et automutilations) pendant une période de détention et il a été suivi par le Docteur N. _____, médecin psychiatre à [...].

Depuis avril 2006 il a une incapacité de travail à 100%. Mais selon les documents dont je dispose, il présentait une incapacité de travail à 100 % depuis 1997 (suivi par Docteur [...], médecin psychiatre à [...] et Dr U. _____ à [...]) avec quelques périodes d'activité à temps partiel en 2005 ».

b) L'assuré a également produit un rapport de sortie de l'Hôpital D. _____, du 1^{er} septembre 2009. Selon ce document, les Drs R. _____ et X. _____ ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. A l'entrée, le 8 mars 2009, l'assuré avait décrit la réapparition d'une symptomatologie dépressive depuis quatre à cinq mois, se manifestant par une importante tristesse, un adynamisme, une anhédonie, un isolement de plus en plus important, également au sein de sa famille avec laquelle les relations étaient devenues tendues. De plus, une idéation suicidaire était apparue, sans velléité de passage à l'acte. Le jour de son hospitalisation, l'assuré avait présenté une exacerbation anxieuse aiguë, avec manifestations somatiques de type tremblements, alternance de rires et de larmes, et sensation de malaise imminent. Son épouse, inquiète, avait alerté le médecin de garde, le Dr [...], qui avait proposé une hospitalisation volontaire à l'Hôpital D. _____, projet auquel l'assuré avait adhéré. Toujours dans l'anamnèse, le rapport indiquait :

« M. G. _____ est d'origine macédonienne, il vit en Suisse depuis de nombreuses années, il est marié, et père de cinq filles âgées de 5 à 18 ans. Il se trouve sans activité professionnelle et bénéficie de l'assistance sociale. Le patient a appris récemment que sa demande de prestations à l'Assurance Invalidité avait été refusée, et ce pour la deuxième fois, ce qui lui fait vivre un sentiment d'injustice et de non-reconnaissance et qui semble être à l'origine de l'aggravation brutale de sa symptomatologie anxiodépressive. C'est dans ce

contexte que M. G._____ est hospitalisé dans notre établissement ».

Sous la rubrique « Status à l'entré[e] », le rapport était établi comme suit :

« Patient âgé de 40 ans, faisant plus que son âge, en tenue et hygiène sans particularité, orienté aux quatre modes, calme, collaborant, vigilant.

On note un ralentissement psychomoteur avec une importante latence lors des réponses, une attitude distante dans le contact, un discours pauvre et très peu loquace, bien que cohérent et informatif. Nous relevons une interprétativité ainsi qu'une projectivité. La thymie est triste, les affects congruents à l'humeur, on note un adynamisme, une anhédonie, ainsi qu'une idéation suicidaire non scénarisée, le patient peut s'engager dans un contrat de non-passage à l'acte, toutefois difficilement. Nous ne mettons pas en évidence d'idées délirantes formelles, mais relevons des hallucinations auditives hypnagogiques. De plus le patient présente de nombreuses plaintes somatiques ».

Sous « Discussion et évolution », les Drs R._____ et X._____ ont indiqué :

« M. G._____ est ainsi hospitalisé dans le contexte de l'aggravation d'une symptomatologie anxiodépressive avec idéation suicidaire. Au début de l'hospitalisation, nous mettons en place de fréquents entretiens infirmiers et médico-infirmiers au vu de la prégnance de l'idéation suicidaire qui s'amende lentement. Nous constatons une importante projectivité et une interprétativité avec des éléments persécutoires, sans caractère délirant, et ce dans la relation du patient à l'institution en général et aux soignants, ceci faisant échos à ce qu'il ressent à l'extérieur de l'hôpital avec sa famille, M. G._____ ayant le sentiment d'être jugé et rejeté par son épouse et par ses filles, ainsi que par l'administration au vu du refus de prestations AI. De plus, les éléments persécutoires sont probablement à mettre en lien avec un sentiment de culpabilité, s'intégrant dans la symptomatologie dépressive. Nous constatons également un important manque d'énergie ainsi qu'un retrait social, M. G._____ passant le plus clair de son temps dans sa chambre. Par la suite, dans le cadre structurant de l'unité, avec l'adaptation de la médication antidépressive, et en reprenant fréquemment les malentendus avec nous-mêmes les soignants ou avec les autres patients, l'évolution est lentement mais sensiblement favorable, et nous constatons une amélioration thymique, un regain d'énergie, une amélioration relationnelle aidée par la nette diminution des éléments persécutoires. De plus, le ralentissement psychomoteur s'amende, la mimique devient plus vivante et l'expression des affects plus riche. M. G._____ reprend des activités sous forme de physiothérapie et d'ergothérapie, et les relations avec sa famille se détendent. Nous organisons un entretien de réseau avec son épouse et vous-même qui permet de consolider la reprise du dialogue entre

les époux, et d'articuler la reprise du suivi ambulatoire avec vous-même.

D'un point de vue médicamenteux, nous augmentons l'Efexor déjà introduit par vos soins, à une dose de 300 mg par jour en deux prises. Un dosage sérique de Venlafaxine se révèle légèrement supra-thérapeutique, mais nous n'effectuons pas de diminution de posologie au vu de la bonne réponse clinique et de la bonne tolérance.

[...]

Du point de vue de la problématique sociale, et après discussion avec vous-même, nous pensons que les critères pour l'obtention d'une rente AI sont remplis chez ce patient présentant un trouble dépressif récurrent avec de fréquents épisodes dépressifs sévères, raison pour laquelle notre assistante sociale, Mme [...] a aidé le patient [à] effectuer un recours avec l'aide d'un avocat, Me Olivier Carré.

[...] ».

c) En automne 2009, le recourant a été incarcéré un mois à la suite de menaces de mort contre l'une de ses filles. Parmi les documents qu'il a produits à l'appui de son recours, le 28 octobre 2009, figure un rapport du 17 septembre 2009 du Dr N. _____ et du Prof. L. _____, médecins au Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires du [...]. Ce document est établi comme suit :

« [...]

M. G. _____ a bénéficié de la poursuite de son traitement psychotrope et de mesures préventives d'actes autoagressifs dès son arrivée à la prison de [...]. Par la suite, il a été examiné par le Dr N. _____ le 07, 13 et 14.09.2009 pour évaluer son état psychique. Le dernier entretien a été effectué avec la collaboration de Mme Z. _____ de l'ORPM de Nyon.

M. G. _____ a été collaborant durant ses entretiens. Il présente des signes de dépression chronique pour lesquels il reçoit un traitement psychotrope depuis de nombreuses années. Il a été hospitalisé en psychiatrie à D. _____ pour le même motif.

Actuellement, G. _____ est stable sur le plan psychique et ne manifeste aucun symptôme psychiatrique aigu qui pourrait justifier une hospitalisation d'office. Néanmoins, il s'est automutilié superficiellement au niveau des deux poignets sans mettre sa santé ou sa vie en danger. A la faveur d'une meilleure adhésion au cadre de soins et de la suite favorable de son évolution clinique, nous avons assoupli les mesures préventives d'actes autoagressifs depuis le 14.09.2009.

M. G._____ reconnaît l'ampleur de ses difficultés et celles des membres de sa famille. Cependant, il se montre démuné face à celles-ci. Par ailleurs, il demeure projectif et se sent disqualifié par toute assistance extérieure, y compris celle de l'ORPM. Il devient alors méfiant et plus rigide dans son comportement.

La rencontre avec Mme Z._____ a permis de dissiper certains malentendus entre M. G._____ et l'ORPM concernant le rôle de ses intervenants. A la faveur de meilleures nouvelles sur sa famille, il s'est montré plus enclin à collaborer avec l'ORPM dans le cadre du mandat qui est confié à ce dernier concernant ses enfants mineurs. Il nous semble indispensable que M. G._____ accepte, à l'avenir, le soutien régulier de l'ORPM, les suivis de son psychiatre, le Dr Q._____, et de son médecin traitant, la Dsse U._____. Le non respect éventuel de ce cadre ne pourrait qu'être source d'inquiétude.

[...] ».

d) Par arrêt du 18 janvier 2010 rendu dans la cause AI 220/09 - 17/2010, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours formé par l'assuré contre la décision du 16 mars 2009 et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, à savoir l'administration d'une expertise psychiatrique, et nouvelle décision.

D. **a)** L'OAI a confié au Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser une expertise psychiatrique sur la personne de l'assuré. Le 21 juin 2010, ce dernier a contesté le choix de l'expert, au motif que celui-ci était « connu pour ses appréciations très sévères de la santé des expertisés sociaux » et que son mandataire l'avait « très vertement » critiqué par le passé. En outre, il était « en proie à des problèmes qui rend[ai]ent ses déplacements difficiles », de sorte que l'expertise chez le Dr C._____ « aux confins de la Suisse romande » n'était pas adéquate. L'OAI a maintenu le choix de l'expert.

b) Le Dr C._____ a établi son rapport d'expertise le 23 septembre 2010 et a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique handicapante. Il a notamment exposé ce qui suit :

« [...] »

Par rapport au registre dépressif et au moment de l'entretien, l'assuré est triste. L'humeur est légèrement dépressive. Il n'y a pas de signes ou de symptômes d'un ralentissement psychomoteur. Présence de sentiments d'infériorité, de découragement et de dévalorisation. Il n'y a pas d'idées de ruine ou d'inutilité. L'élan vital est relativement perturbé. Pas d'idées noires ou d'idéation suicidaire. A ma connaissance, l'assuré n'a jamais fait de tentative de suicide. Il a été hospitalisé à deux reprises à D. _____ pour des états dépressifs. Le sommeil n'est pas perturbé.

Pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de fuite dans les idées. Attitude projective et revendicative. Pas de contact familial avec l'expert.

Présence de signes anxieux, avec tension interne, irritabilité, colères mal gérées. [...]

Par rapport aux activités journalières, l'assuré dit bien dormir. Il se lève vers 11h ou bien plus tôt, se rend à l'Hôpital de jour de D. _____, sinon il reste à la maison. Il regarde la télévision avec ses enfants, plutôt les dessins animés. Parfois il sort boire un café à Nyon où il rencontre ses copains. Je n'ai pas réussi à savoir si son dernier voyage en Macédoine était cette année ou l'année précédente, mais dans tous les cas, il est parti en famille en bus, il est resté deux semaines chez sa famille.

Par rapport au suivi médical, l'assuré est suivi par un psychiatre depuis environ 2006, à raison d'un entretien par mois. Il reçoit comme traitement le *Cymbalta*, le *Temesta*, le *Dalmadorm*, le *Dafalgan*, le *Sortis* et le *Seretide* qu'il dit prendre régulièrement.

Concernant le **dosage plasmatique des médicaments**, voici les résultats :

- Antidépresseurs :

□ Duloxétine (*Cymbalta*®) : 89 nmol/l (Taux recommandé : 200-400)

- Analgésiques :

□ Paracétamol : 0.03 mmol/l (Taux recommandé : 0.10-0.20)

- Tranquillisants :

□ Lorazépam (*Temesta*®) : <0.02 µmol/l (Taux recommandé : 0.16-0.75)

□ Flurazépam (*Dalmadorm*®) : <3 nmol/l (Taux recommandé 13-26)

□ Désalkylflurazépam : <14 nmol/l (Taux recommandé : 139-520)

[...]

5. *Appréciation du cas et pronostic.*

[...] Lors d'une première hospitalisation au service de rhumatologie au [...], le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avec manifestations type hystérique est posé, diagnostic qui va se confirmer lors des différentes hospitalisations (notamment en 2002 où lors du séjour de l'assuré à la Clinique B._____, le même diagnostic a été retenu).

Rappelons également qu'en 2006, l'assuré a été hospitalisé à D._____ où à côté du trouble somatoforme, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique [a] été posé. A signaler que pendant l'hospitalisation, les symptômes dépressifs ont bien régressé avec un traitement psychotrope à base d'antidépresseur.

Aussi, lors de l'examen psychiatrique effectué par un psychiatre du SMR de Vevey, le diagnostic de dysthymie a été posé et aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail n'a été retenu. C'est pourquoi l'assuré a fait opposition et recours au Tribunal administratif [qui a admis] ce recours.

Quant au psychiatre traitant de l'assuré, qui le connaît depuis février 2006, il se prononce sur un trouble dépressif récurrent depuis plusieurs années avec une péjoration de son état depuis 2009. L'assuré ayant fait des actes d'automutilation en septembre 2009 pendant une période de détention, dont les circonstances, par ailleurs, n'ont pas pu être élucidées au cours de l'entretien.

Ce qui ressort au moment de l'entretien, d'une manière importante c'est la méfiance de l'assuré, son côté projectif et interprétatif ainsi que son énervement envers les assurances sociales et notamment l'AI qui ne le reconnaissent pas en tant que malade.

A vrai dire, l'assuré a peu travaillé en Suisse et depuis de nombreuses années il présente des douleurs lombaires avec surtout des symptômes anxieux plus que dépressifs, ceci étant l'évolution naturelle d'un trouble somatoforme [...].

Quant aux **critères de gravité de Mayer-Blaser**, il n'y a pas de véritable comorbidité psychiatrique handicapante, je n'ai pas pu relever les critères diagnostics d'un trouble dépressif récurrent ni pendant l'entretien ni dans les différents documents médicaux mis à ma disposition. Il y a vraisemblablement [une] cristallisation psychique dans le sens que l'assuré est [a]ncré dans un statut de malade et de victimisation. Puisque les douleurs sont présentes depuis 1997, nous pouvons parler de douleurs chroniques. Il n'y a pas d'isolement social, l'assuré est bien entouré par sa famille, il sort boire un café dans les bistrot, rencontre ses copains, fait des voyages dans son pays d'origine. Quant au traitement, il est suivi depuis plusieurs années par des médecins, y compris par des psychiatres, mais il est surprenant de constater que l'assuré m'a affirmé prendre régulièrement les médicaments psychotropes, alors que selon le dosage plasmatique, soit il ne les prend pas soit pas à la dose prescrite par ses médecins.

Selon les rapports de l'Hôpital D._____, dès que l'assuré reçoit un traitement approprié, les symptômes dépressifs régressent rapidement. Nous ne savons pas si l'assuré prend ses médicaments

en dehors des hospitalisations. Ceci a été également constaté lors du séjour de l'assuré à la prison de [...].

L'assuré a donc commencé à présenter des douleurs après la séparation d'avec son père et l'arrivée de sa famille en Suisse. Ses douleurs l'ont empêché de travailler, aucun traitement n'ayant pu soulager l'assuré qui se sent incompris par le service de santé et des assurances en Suisse, comme cela a déjà été constaté par les intervenants dans la prise en charge de l'assuré.

L'assuré aimerait rentrer dans son pays mais ne peut pas tant que ses douleurs n'ont pas été reconnues par l'Al. Cette situation accentue la méfiance de l'assuré et ses tendances interprétatives chez une personnalité ayant été scolarisée et présentant tout de même des ressources psychologiques.

L'assuré se plaint surtout des douleurs et c'est surprenant qu'il ne prenne pas les antidouleurs. Rappelons que les symptômes dépressifs de l'assuré s'amendent rapidement avec un traitement approprié.

L'assuré, du point de vue psychiatrique, est capable de travailler dans une activité adaptée à ses douleurs mais il est tellement [a]ncré dans un registre de victimisation typique des [douleurs] chroniques qu'il lui sera difficile de sortir de ce registre.

Le pronostic est mauvais étant donné l'attitude de l'assuré et la présence du trouble somatoforme ».

Le 9 novembre 2010, le Dr [...], médecin au SMR, a proposé de demander au Dr C._____ de répondre plus explicitement à certaines questions qui lui avaient été posées, ainsi qu'à plusieurs questions complémentaires.

Le 13 décembre 2010, le Dr C._____ a déposé un rapport complémentaire en précisant qu'en ce qui concernait l'évolution de la capacité de travail de l'assuré avant l'expertise, il se ralliait aux constatations du Dr K._____ qui lui semblaient claires quant à ses conclusions, auxquelles il adhérait après étude du dossier. S'agissant de l'évolution de l'état de santé de l'assuré et de sa capacité de travail postérieurement à la décision du 16 mars 2009, le Dr C._____ a indiqué que le problème principal était le trouble somatoforme douloureux, les symptômes dépressifs faisant partie de l'évolution naturelle de ce trouble. Il a rappelé que l'assuré ne prenait vraisemblablement pas ses médicaments et qu'il voyait son état s'améliorer rapidement lorsqu'il le faisait, en institution. L'expert en concluait que l'assuré était en incapacité

de travail totale pendant son hospitalisation à D._____, ou lorsqu'il avait séjourné en prison, mais qu'il était capable de travailler à l'extérieur. Lorsque l'assuré cessait de prendre ses médicaments, il subissait une péjoration passagère de son état de santé, mais il récupérait rapidement dès qu'il les reprenait.

Le 23 mars 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, par lequel il l'informait de son intention de rejeter la nouvelle demande de prestations.

Le 21 avril 2011, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision en critiquant divers aspects du rapport d'expertise établi par le Dr C._____. Il a notamment contesté l'absence de compliance médicamenteuse mentionnée par l'expert, en précisant lui avoir indiqué que son traitement avait été interrompu pendant quelques semaines seulement, sur recommandation de son médecin traitant, en raison de ses effets potentiels sur les troubles d'apnée du sommeil qu'il présentait. L'assuré a produit un rapport de la Dresse U._____, du 13 avril 2011, attestant notamment qu'il souffrait, en plus des atteintes à la santé déjà mentionnées précédemment, d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil depuis une année environ, ainsi que de rectorragies récidivantes sur fissure anale récidivante et d'une incontinence des selles.

Le 10 mai 2011, le Dr W._____, médecin au SMR, a pris position sur le dossier en considérant que les arguments et documents présentés par l'assuré ne justifiaient pas de revoir l'appréciation de sa capacité de travail qui avait été précédemment effectuée.

Le 31 mai 2011, l'assuré a produit un rapport établi le 16 mai 2011 par le Dr Q._____. Celui-ci mentionnait notamment une hospitalisation à D._____ du 19 avril au 1^{er} juin 2010 en raison d'un état dépressif sévère avec idéation suicidaire et exacerbation anxieuse. Un dosage sanguin des antidépresseurs (Venlafaxine) avait été effectué le 23 avril 2010 et montrait des valeurs dans la norme, ce qui remettait en question l'avis du Dr C._____ relatif à l'absence de compliance

médicamenteuse. Le Dr Q._____ attestait une incapacité de travail totale de longue date, en raison d'un état dépressif sévère, sans amélioration clinique lors des derniers mois. L'assuré était régulier dans ses rendez-vous et dans la prise de médicaments, le Dr Q._____ précisant faire systématiquement des ordonnances avec un contrôle sur les quantités de médicaments prescrits et administrés.

Le 28 juin 2011, l'assuré a produit le rapport de sortie de l'Hôpital D._____, à la suite de son hospitalisation du 19 avril au 1^{er} juin 2010. Ce rapport, établi le 27 septembre 2010 par les Drs J._____ et T._____ indiquait que l'assuré avait été admis volontairement, après un téléphone du Dr Q._____ à l'hôpital, le jour de l'hospitalisation, en raison d'une exacerbation anxieuse. Ils ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques.

Dans deux nouveaux avis médicaux, établis les 27 juin et 4 juillet 2011, le Dr W._____ a maintenu son point de vue relatif à la valeur probante des constatations du Dr C._____, qui avait notamment discuté du diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par les médecins de l'Hôpital D._____.

Par décision du 5 juillet 2011, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations présentée par l'assuré.

E. a) Le 12 septembre 2011, G._____ a interjeté un recours de droit administratif contre cette décision, en concluant, en substance, à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée. A titre de mesure d'instruction, il a demandé qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée.

Par décision du 21 septembre 2011, le Juge instructeur de la Cour des assurances sociales a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire, avec effet au 12 septembre 2011, sous la forme de l'exonération de l'avance des frais de justice et de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré.

Le 12 octobre 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Le 8 décembre 2011, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a produit une lettre du 2 décembre 2011 du Dr Q._____ à son mandataire, dans laquelle ce médecin exposait que la symptomatologie dépressive et anxieuse de son patient s'était péjorée en 2011, rendant nécessaire une hospitalisation en urgence le 31 août 2011 à l'Hôpital D._____ après une prise massive de médicaments. Le recourant y avait séjourné jusqu'au 23 septembre 2011. Depuis lors, le Dr Q._____ le suivait régulièrement et le patient continuait son traitement antidépresseur et anxiolytique.

Le recourant a également produit trois rapports de sortie établis les 7 juin 2006, 27 septembre 2010 et 7 décembre 2011, relatifs à des hospitalisations à l'Hôpital D._____ du 24 avril au 19 mai 2006, du 19 avril au 1^{er} juin 2010 et du 30 août au 23 septembre 2011. Il a en outre à nouveau déposé le rapport établi le 1^{er} septembre 2009 à la suite de son hospitalisation à D._____ du 8 mars au 24 avril 2009, déjà produit en procédure administrative. En 2006, les Drs Y._____ et D._____ avaient posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndromes somatiques, ainsi que de troubles somatoformes sans précision. En 2010, les Drs J._____ et T._____ ont diagnostiqué pour leur part un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Enfin, en 2011, les Drs [...] et T._____ ont fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et d'un syndrome de dépendance aux benzodiazépines. Ils ont également mentionné une accentuation de certains traits de personnalité.

b) Le juge en charge de l'instruction de la cause a confié au Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser une expertise psychiatrique en vue d'établir l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant. Dans un rapport du 11 décembre 2012, l'expert a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, de

syndrome de dépendance aux benzodiazépines, de retard mental léger, de trouble mixte de la personnalité avec composantes émotionnellement labiles et paranoïaques, et de trouble somatoforme sans précision. Ces atteintes à la santé avaient entraîné, toujours selon l'expert, une incapacité de travail totale pendant l'hospitalisation à D._____ en 2006, puis une incapacité de travail de 50% d'avril 2006 à mars 2009. Depuis lors, l'incapacité de travail était totale. Au vu de l'importance des atteintes constatées, une réadaptation dans une nouvelle profession ne paraissait pas exigible.

Le 1^{er} février 2013, le recourant a présenté ses observations sur l'expertise et a conclu à l'octroi d'un quart de rente pour la période du 26 mai 1999 au 24 avril 2006, puis d'une rente entière jusqu'au 19 mai 2006, d'une demie rente du 20 mai 2006 au 8 mars 2009, et enfin d'une rente entière d'invalidité dès le 9 mars 2009. Il a produit un rapport du 15 décembre 2012 de la Dresse [...], psychiatre traitant de son épouse, qui faisait notamment état d'une nouvelle hospitalisation de l'intéressé après un tentamen médicamenteux en octobre 2012.

Le 5 mars 2013, l'intimé s'est à son tour déterminé sur l'expertise, dont il a contesté la valeur probante. Il a produit un avis médical du 11 février 2013 du SMR, dans lequel les Drs B._____ et F._____ contestaient tant la valeur probante de l'expertise établie en procédure administrative par le Dr C._____ que celle de l'expertise judiciaire du Dr P._____.

Le 11 décembre 2013, le recourant a produit un rapport établi le 4 décembre 2013 par le Dr Q._____, dans lequel ce dernier a déclaré se rallier entièrement aux constatations du Dr P._____.

Le 14 janvier 2014, le juge en charge de l'instruction de la cause a communiqué cette nouvelle pièce à l'intimé, en informant les parties que, sauf nouvelle réquisition dans un délai échéant le 13 février 2014, un jugement serait rendu.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA et 69 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20 ; cf. art. 93 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. Dans ses dernières conclusions, prises le 1^{er} février 2013, le recourant demande l'octroi d'un quart de rente pour la période du 26 mai 1999 au 24 avril 2006, puis d'une rente entière jusqu'au 19 mai 2006, d'une demie rente du 20 mai 2006 au 8 mars 2009, et enfin d'une rente entière d'invalidité dès le 9 mars 2009. Dans ce contexte, la portée exacte de la décision du 30 novembre 2007 – par laquelle l'intimé a alloué au recourant une rente limitée dans le temps pour la période du 1^{er} février 1998 au 30 novembre 1999 – sur le pouvoir d'examen du tribunal dans la présente procédure fera l'objet d'une analyse plus détaillée ci-après (cf. consid. 6 infra).

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée

par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 - partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) -, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40% au moins, à une demie rente s'il était invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il était invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (RO 2003 p. 3844). Une autre version de cette disposition était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003 et prévoyait qu'aux taux d'invalidité de 40% au moins, 50% au moins et 66 ²/₃% au moins correspondait le droit à un quart de rente, une demie rente et une rente entière d'invalidité (RO 1987 p. 447 ss).

Par ailleurs, l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, prévoyait que le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40% au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449).

b) L'art. 8 al. 1 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité

(art. 6 2^e phr. LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 s.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3.1). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité (« revenu hypothétique sans invalidité ») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (« revenu d'invalidé ») ; c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

c) 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Une modification notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration ou une péjoration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

4. Le requérant soutient qu'il subit une incapacité de travail totale en raison des troubles psychiques constatés notamment par son médecin traitant, le Dr Q._____, et par l'expert désigné par le tribunal, le Dr P._____. Il allègue par ailleurs avoir présenté une incapacité de travail au moins partielle pendant toute la période écoulée depuis le 1^{er} décembre 1999, date à partir de laquelle l'intimé ne lui a plus reconnu de droit à une rente d'invalidité. Il ne précise toutefois pas sur quels

documents médicaux il fonde ses allégations relatives à une incapacité de travail entre les mois de décembre 1999 et avril 2006, le Dr P. _____ n'ayant pas constaté d'incapacité de travail pendant cette période.

Pour sa part, l'intimé n'a pas modifié ses conclusions relatives au rejet du recours, ce qui implique la reconnaissance d'une pleine capacité de travail du recourant pour toute la période litigieuse. L'intimé conteste la valeur probante de l'expertise établie par le Dr P. _____ et semble continuer à fonder ses conclusions sur l'expertise réalisée par le Dr C. _____, en dépit des critiques émises à l'encontre de ce dernier rapport par le SMR dans son avis médical du 11 février 2013.

5. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en

doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7 ; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 précité consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

b/aa) En l'espèce, le Dr C._____ a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et considéré que cette atteinte était sans effet sur la capacité de travail du recourant. Son expertise présente toutefois plusieurs faiblesses mises en évidence par le SMR, dans son avis du 11 février 2013, et par le Dr P._____, dans l'expertise réalisée en procédure judiciaire de recours. D'abord, avant l'établissement du rapport du Dr C._____, le 23 septembre 2010, le recourant avait été hospitalisé à trois reprises à l'Hôpital D._____, du 24 avril au 19 mai 2006, du 8 mars au 24 avril 2009 et du 19 avril au 1^{er} juin 2010. Le Dr C._____ ne mentionne pas cette dernière hospitalisation, qui s'est pourtant déroulée très peu de temps avant l'expertise. On peut en déduire qu'il n'avait pas une connaissance complète de l'anamnèse médicale. Par ailleurs, le Dr C._____ a largement focalisé son attention sur le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant - qui n'est plus retenu par aucun médecin depuis l'hospitalisation du recourant

à D._____ en 2006 - et sur la faible compliance médicamenteuse qu'il constatait, ne réfutant pas véritablement le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, posé par les médecins de l'Hôpital D._____ en 2009 et 2010 et par le Dr Q._____ en 2007. Sur ce point, il s'est limité, pour l'essentiel, à constater que l'état dépressif s'améliorait rapidement sous traitement médicamenteux. Or, tant les Drs B._____ et F._____, dans l'avis établi pour le SMR le 11 février 2013 (p. 3), que le Dr P._____ (expertise, p. 21 s. notamment) soulignent qu'au regard des constatations cliniques décrites dans les rapports de sortie de l'Hôpital D._____, un trouble dépressif récurrent, épisode actuellement sévère, de nature à entraîner une incapacité de travail totale, ne pouvait être nié. Le Dr P._____ a réfuté le constat d'une amélioration rapide des symptômes de l'état dépressif sous traitement psychotrope, en se référant notamment aux descriptions, par les médecins de l'Hôpital D._____, d'évolutions lentement favorables au cours d'hospitalisations de plusieurs semaines, qui ont notamment nécessité des ajustements du traitement antidépresseur, typiques d'un schéma de traitement d'états dépressifs d'intensité significative. Quant à l'absence de compliance médicamenteuse, elle n'a été constatée ni par les médecins de l'Hôpital D._____, qui ont procédé à un dosage médicamenteux lors de l'hospitalisation en 2006 ainsi qu'en 2010, ni par le Dr P._____, qui a également procédé à un dosage plasmatique des médicaments psychotropes. Dans ces conditions, l'expertise établie par le Dr C._____ ne revêt pas une valeur probante suffisante pour établir la capacité de travail que l'intimé reconnaît au recourant.

bb) Le rapport d'examen dressé en janvier 2009 par le Dr K._____ n'est pas davantage probant, pour les motifs déjà exposés dans l'arrêt de renvoi pour instruction complémentaire, rendu le 18 janvier 2010 par la Cour de céans, sur lesquels il n'y a pas lieu de revenir. Tout au plus soulignera-t-on que les Drs P._____ (expertise, p. 19 s.), B._____ et F._____ (avis médical du SMR du 11 février 2013, p. 3) ont eux aussi exprimé de manière convaincante les motifs pour lesquels ce document n'est pas probant.

cc) Mandaté par le tribunal, le Dr P. _____ a eu accès à toutes les pièces du dossier. Son analyse repose notamment sur une anamnèse complète, sur deux entretiens avec le recourant, les 2 et 4 octobre 2012, et sur des tests psychologiques réalisés le 9 octobre 2012. L'expert a dûment pris en considération les plaintes de l'assuré, mais également les avis exprimés par d'autres médecins, dont il a discuté de manière détaillée les diagnostics et les appréciations lorsqu'ils divergeaient de ses propres constatations. Selon l'expert, l'atteinte principale à la santé psychique du recourant est un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques au moment de l'expertise. Cette atteinte était présente en tout cas depuis l'hospitalisation du recourant à D. _____ en 2006. L'intensité de ce trouble dépressif a fluctué depuis lors. Le Dr P. _____ pose également comme diagnostic un trouble mixte de la personnalité, à composante émotionnellement labile et paranoïaque, en précisant que cette pathologie s'est progressivement décompensée, tous les éléments étant réunis pour pouvoir poser ce diagnostic dès 2006, consécutivement aux graves difficultés familiales et psychosociales rencontrées par le recourant. Sur ce point, l'expert décrit de manière détaillée et convaincante comment ce trouble se manifeste (p. 24 s.). Le Dr P. _____ pose également les diagnostics de syndrome de dépendance aux benzodiazépines et de retard mental léger. Il fonde ce dernier diagnostic sur les tests psychologiques réalisés, en soulignant avoir tenu compte du biais socio-culturel inhérent à ce genre d'évaluation. Enfin, il admet le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, en précisant bien que cette atteinte n'est plus au cœur du tableau clinique, avant tout constitué par le syndrome dépressif, les caractéristiques du trouble de la personnalité et le retard mental. De ces différentes constatations, le Dr P. _____ conclut à une incapacité de travail de 100% pendant la première hospitalisation à D. _____, du 24 avril au 19 mai 2006, puis de 50% jusqu'à la seconde hospitalisation en milieu psychiatrique, dès le 8 mars 2009. Depuis lors, l'expert considère que la capacité de travail de l'intéressé est nulle. Les capacités adaptatives du recourant sont débordées depuis son incarcération à la même période ; il s'est de plus en plus rigidifié sur le

plan de la personnalité, avec l'enfermement très délétère dans des ruminations dépressives et paranoïaques dont il n'est plus sorti. Ces constatations du Dr P._____ et leur motivation sont convaincantes. En ce qui concerne plus précisément l'incapacité de travail qu'il retient, l'expert prend notamment le soin d'exposer comment les atteintes se manifestent et entravent la capacité de travail (p. 28).

Au vu de ce qui précède, il convient de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise établie par le Dr P._____. Les critiques soulevées par les Drs B._____ et F._____ dans l'avis du SMR du 11 février 2013 ne justifient pas de s'en écarter. Il n'y a pas de raison de penser, notamment, que le Dr P._____ n'aurait pas tenu compte correctement du biais socio-culturel, du syndrome dépressif et du traitement psychotrope au moment d'apprécier les résultats du test WAIS-III, sur lesquels il a fondé le diagnostic de retard mental léger. Par ailleurs, le Dr P._____ n'a accordé qu'une importance très relative au trouble somatoforme douloureux, raison pour laquelle il n'a pas particulièrement développé son analyse relative à l'évolution de ce trouble depuis 2006. Quant aux critères posés par la jurisprudence en la matière (cf. ATF 130 V 352), à supposer qu'ils soient applicables en l'espèce, l'expert les a décrits dans une large mesure. Il a constaté, en particulier, une évolution chronique des atteintes à la santé psychique, sans rémission malgré un traitement mené dans les règles de l'art. Il a souligné les capacités introspectives très limitées du recourant et l'évolution de sa vie sociale vers un appauvrissement progressif, sans réelle structuration des journées et avec une vie de plus en plus ritualisée ; l'expert précise que le fait que l'assuré puisse « boire parfois un café à l'extérieur » ou « rencontrer un voisin » ne suffit pas à évoquer une intégration sociale, même minimale, l'intéressé passant la majeure partie du temps allongé chez lui et ne s'étant plus rendu dans son pays d'origine depuis environ trois ans. Le recourant présente, selon l'expert, un dysfonctionnement social important, au vu de ses difficultés à gérer les frustrations et de son impulsivité débouchant sur différents passages à l'acte, notamment auto-agressifs. L'intégration dans le milieu familial est également perturbée, compte tenu plus particulièrement des difficultés relationnelles du recourant avec son

épouse et ses filles, avec des menaces de mort qui ont mené à son incarcération pendant un mois en 2009. Enfin, le Dr P._____ s'est déterminé sur le rapport du Dr N._____ et du Prof. L._____ du 17 septembre 2009 en soulignant, d'une part, que la proposition d'expertise par ces médecins témoignait de la reconnaissance d'une pathologie psychiatrique méritant plus amples investigations, et, d'autre part, que ce rapport médical - et implicitement une éventuelle expertise pénale - ne s'inscrivaient pas dans un contexte d'évaluation de la capacité de travail de l'assuré, mais portaient plutôt sur des aspects sécuritaires (évaluation du risque imminent que représentait le recourant pour sa propre santé et de son potentiel de passage à l'acte contre sa famille). Au regard des objectifs très différents de l'expertise réalisée par le Dr P._____ et des évaluations médicales effectuées dans le contexte de l'incarcération du recourant, compte tenu également des autres documents médicaux figurant au dossier, le reproche fait par les médecins du SMR à l'expert judiciaire de ne pas s'être mis en contact avec le Dr N._____ et de n'avoir pas requis la production de l'expertise pénale - dont on ignore d'ailleurs si elle a finalement été réalisée - est mal fondé.

6. Le recourant demande l'octroi d'une rente d'invalidité depuis le 26 mai 1999, c'est-à-dire pour une période partiellement antérieure à la décision du 30 novembre 2007. Toutefois, la question se pose de savoir si le droit aux prestations pour la période antérieure à la décision du 30 novembre 2007 n'est pas définitivement tranché par cette décision, qui ne reconnaît au recourant qu'un droit à une rente limitée dans le temps, du 1^{er} février 1998 au 30 novembre 1999.

a) Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours dès la notification de la décision sujette à recours (al. 1) et les art. 38 à 41 LPGA sont applicables par analogie (al. 2). Après l'échéance de ce délai, la décision entre en force de chose décidée. Elle ne peut en principe plus être modifiée qu'aux conditions de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), de la révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou en cas de modification des circonstances postérieurement à cette décision (cf. art. 17 LPGA et art. 87 al. 2 et 3 RAI).

Selon les dispositions précitées, la reconsidération implique que la décision remise en cause est manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable ; l'administration concernée ne peut être tenue d'entrer en matière sur une demande de reconsidération. La révision procédurale est soumise à la condition que des faits nouveaux importants ou des nouveaux moyens de preuve soient découverts, qui ne pouvaient être allégués ou produits auparavant. Enfin, l'octroi de prestations ensuite du dépôt d'une nouvelle demande, après un précédent refus de prestations, implique que les circonstances depuis ce refus se soient modifiées notablement.

b) Le recourant n'a déposé aucun recours contre la décision du 30 novembre 2007, qui est donc entrée en force. La nouvelle demande formellement présentée pendant le délai de recours, le 8 janvier 2008, ne constitue pas à un recours et l'intimé ne l'a, à juste titre, pas interprétée dans ce sens. Le recourant a d'ailleurs expressément reconnu l'entrée en force de la décision du 30 novembre 2007, dans son recours adressé au Tribunal cantonal le 30 avril 2009 dans la cause AI 220/09 - 17/2010, tranchée par arrêt du 18 janvier 2010. Il y requiert que le tribunal envisage de lui allouer des prestations ensuite d'une reconsidération de la décision du 30 novembre 2007, d'une révision procédurale de cette décision « sur la base d'éléments nouveaux » ou encore en traitant sa demande du 8 janvier 2008 comme une « requête à part entière », autrement dit une nouvelle demande.

c/aa) Les conditions d'une reconsidération de la décision du 30 novembre 2007 ne sont pas remplies. A l'époque, les pièces au dossier de l'intimé lui permettaient de nier le droit aux prestations pour la période postérieure au 30 novembre 1999, compte tenu d'une pleine capacité de travail dans une activité industrielle légère. Un rapport du Centre H._____, du 30 juin 2003, constatait notamment une capacité de travail de 70% au minimum et de 100% après quelques semaines de mise au courant en entreprise. Un nouveau rapport de ce centre, du 4 novembre 2003, avait confirmé la capacité de travail de l'assuré dans une activité

légère, permettant la mobilité corporelle et n'impliquant pas le port de lourdes charges. Un avis médical du SMR, établi le 30 mars 2006 par la Dresse M._____, analysait par ailleurs les avis médicaux au dossier et confirmait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cet avis relativisait celui émis précédemment par les médecins de la Clinique B._____, qui avaient constaté une capacité de travail de 50 à 70% seulement dans une activité adaptée. La capacité de travail retenue par l'intimé sur cette base était peut-être discutable, mais pas manifestement erronée. La comparaison de revenus à laquelle l'OAI a ensuite procédé ne revêt pas davantage un caractère manifestement erroné. Par ailleurs, si l'on doit admettre, a posteriori, qu'une actualisation des avis médicaux sur la base du rapport établi le 25 juin 2007 par la Dresse U._____ aurait été opportune, l'avis de l'intimé à l'époque, relatif à l'absence de constatation véritablement nouvelle dans ce rapport et les documents médicaux qui y étaient joints, ne peut être qualifié de manifestement erroné. Enfin, rien ne permet de considérer que l'intimé est entré en matière sur le principe d'une reconsidération de sa décision du 30 novembre 2007 et qu'il a réexaminé le droit du recourant aux prestations pour la période courant depuis le mois de mai 1999. L'intimé est bien plutôt entré en matière sur une nouvelle demande de prestations (cf. consid. 6b supra et 6c/cc infra).

bb) Les conditions d'une révision procédurale de la décision du 30 novembre 2007 ne sont pas davantage remplies. Certes, l'intimé ignorait, sur la base de son dossier à l'époque, que le recourant avait subi plusieurs hospitalisations à l'Hôpital D._____, dès 2006, en raison notamment d'un trouble dépressif. Le recourant était toutefois en mesure de l'en informer avant la décision du 30 novembre 2007, de sorte qu'il ne peut se prévaloir à présent de faits et moyens de preuve nouveaux. Quoi qu'il en soit, ces rapports doivent aujourd'hui être pris en considération, pour d'autres motifs exposés ci-après.

cc) Il ressort des constatations du Dr P._____ que l'état de santé du recourant s'est notablement péjoré dès le 8 mars 2009, soit postérieurement à la décision du 30 novembre 2007, l'incapacité de travail passant de 50% à 100%. Les conditions permettant de revoir le

droit à la rente ensuite d'une nouvelle demande sont donc réunies. Par ailleurs, indépendamment de ces conditions, il se justifie de revoir le droit aux prestations pour la période courant depuis le début de l'incapacité de travail partielle attestée par l'expert, en mai 2006 déjà, en raison du droit à la protection de la bonne foi dont peut se prévaloir le recourant (art. 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]). En effet, le 11 janvier 2007, l'intimé a notifié au recourant un projet de décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité, limitée à la période du 1^{er} février 1998 au 30 novembre 1999. L'épouse du recourant a contesté ce projet de décision par lettre du 24 mai 2007, reçue le 25 mai 2007 par l'intimé. Ce dernier a maintenu son point de vue et notifié la décision du 30 novembre 2007. Le 16 janvier 2008, alors que le délai de recours contre la décision du 30 novembre 2007 n'était pas échu, il a pris acte du dépôt d'une nouvelle demande par le recourant, en précisant qu'il estimait que celle-ci datait du 25 mai 2007. Le recourant était donc en droit de penser que sa nouvelle demande avait été déposée à cette date et qu'elle serait prise en considération, quand bien même il renonçait à recourir contre la décision du 30 novembre 2007.

7. a) Selon la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, applicable en l'espèce, vu la date de dépôt de la nouvelle demande, le 25 mai 2007, le droit à des prestations peut être reconnu rétroactivement, pour les douze mois qui ont précédé la dépôt de la demande (ancien art. 48 al. 2 LAI ; RO 2002 p. 3408). En l'espèce, la reconnaissance du droit à une rente ensuite de la nouvelle demande du recourant n'entre donc en considération, au plus tôt, que pour la période courant dès le 1^{er} mai 2006, indépendamment de l'entrée en force de la décision du 30 novembre 2007. Il n'y a pas lieu, en revanche, de revenir sur cette dernière décision en tant qu'elle porte sur le droit aux prestations pour la période antérieure au 1^{er} mai 2006.

b) Le Dr P._____ a constaté une incapacité de travail totale du recourant, y compris dans une activité physiquement adaptée, du 24 avril au 19 mai 2006, en raison d'atteintes à sa santé psychique. Pour la période postérieure, l'expertise du Dr P._____ établit une incapacité de

travail de 50% du 20 mai 2006 au 7 mars 2009, puis de 100% dès le 8 mars 2009. Eu égard au début de la péjoration de l'état de santé du recourant et de l'incapacité de travail qui en a résulté, d'une part, et au délai de carence d'une année prévu par l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (cf. consid. 3a supra), d'autre part, le droit éventuel à une rente d'invalidité a pris naissance le 1^{er} avril 2007 au plus tôt. Il appartiendra à l'intimé de se fonder sur ces constatations et de procéder à une comparaison de revenus en vue de préciser le taux d'invalidité du recourant au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente en avril 2007 et son évolution depuis lors. Il lui appartiendra ensuite de statuer sur le droit aux prestations dès le mois d'avril 2007.

8. a) En conclusion, le recours doit être partiellement admis, la décision entreprise annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il procède conformément aux considérants qui précèdent et statue sur le droit à la rente dès le 1^{er} avril 2007.

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 judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

Par ailleurs, le recourant, qui obtient gain de cause dans une large mesure et qui est représenté par un mandataire professionnel, a droit à l'allocation de dépens. L'intimé lui versera à ce titre une indemnité, qu'il convient de fixer à 3'500 fr., TVA comprise, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 et 99 LPA-VD). Ce montant couvre intégralement celui de l'indemnité à laquelle le conseil d'office du recourant a droit dans le cadre de l'assistance judiciaire, de sorte qu'il n'est pas nécessaire, à ce stade, de fixer plus précisément cette indemnité.

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 5 juillet 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet office pour qu'il procède conformément aux considérants et statue sur le droit à la rente dès le 1^{er} avril 2007.

- III. Les frais de justice sont fixés à 400 fr. (quatre cents francs) et mis à la charge de l'intimé.

- IV. L'intimé versera au recourant la somme de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) 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 Olivier Carré (pour G. _____),
- 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 :