

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 janvier 2024

Composition : M. PARRONE, président
Mmes Di Ferro Demierre et Durussel, juges
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Me Vincent Demierre, avocat à Pully,

et

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

Art. 16 LPGA ; 28 al. 1 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. Né en [...], père de trois enfants, K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), sans formation professionnelle reconnue, réside en Suisse depuis 2000. Il a été actif dans le domaine de la construction, en dernier lieu à 100 %, et il exerçait en parallèle une activité accessoire de vider certains soirs de week-ends dans une boîte de nuit.

Le 2 décembre 2007, il a été impliqué dans une rixe, lors de laquelle il a notamment subi un traumatisme crânien et une atteinte à l'oreille interne gauche. A compter de cette date, il a été en arrêt de travail complet. Il a entrepris un suivi psychiatrique.

a) Par formulaire du 18 septembre 2008, l'assuré a présenté une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : OAI). Il a fait valoir un état de stress post-traumatique, la modification de sa personnalité, une cophose définitive, une aréflexie vestibulaire et des troubles de l'équilibre, depuis l'événement du 2 décembre 2007.

L'OAI a recueilli le dossier de l'assuré auprès de son assurance-accidents. Ce dernier contenait notamment un rapport du 2 septembre 2008 du Dr M._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, dans lequel il retenait un diagnostic de cophose gauche définitive (perte totale de l'audition de l'oreille gauche) et d'aréflexie vestibulaire (troubles de l'équilibre). Interrogé par l'OAI, ce médecin a confirmé ces diagnostics dans un rapport du 3 novembre 2008, précisant que le déficit vestibulaire était mal compensé, avec une gêne invalidante au niveau de l'équilibre et que l'assuré présentait également un état anxio-dépressif réactionnel depuis 2008.

Par rapport à l'OAI du 19 novembre 2008, le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à la Policlinique Psychiatrique de P._____ (ci-après : la P._____) a indiqué qu'il retenait le diagnostic

de modification durable de la personnalité après un vécu traumatique (F62.0).

L'assuré s'est soumis à une expertise pluridisciplinaire diligentée par son assureur-accidents, avec volets neurologique, otoneurologique, psychiatrique et neuropsychologique. Il ressort du rapport du 4 mars 2009 que les experts de [...] ont retenu comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail un déficit cochléo-vestibulaire gauche avec surdité totale et aréflexie vestibulaire, depuis le 2 décembre 2007. Sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont retenu une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), des difficultés liées au logement et aux conditions économiques (Z59) et un status post-agression par objet contendant. Sur le plan psychique, il n'y avait plus d'élément en faveur d'un trouble post-traumatique et le diagnostic de modification durable de la personnalité était erroné. Les légères difficultés neuropsychologiques n'avaient pas d'influence significative sur le plan fonctionnel. En raison de l'atteinte à l'oreille gauche, le métier de ferrailleur n'était plus envisageable, de même que les métiers en milieu très bruyant et la conduite professionnelle de véhicules lourds. Le métier d'agent de sécurité en boîte de nuit n'était pas envisageable en raison de l'ambiance sonore bruyante et de l'obscurité qui risquait de péjorer le trouble de l'équilibre. L'atteinte vestibulaire devrait être réévaluée à deux ans du traumatisme pour statuer de manière définitive sur l'atteinte à l'intégrité. La capacité de travail dans une activité adaptée était entière, avec une diminution de rendement de 10 % au plus, en raison de l'atteinte vestibulaire gauche.

Par rapport du 23 avril 2009, le Service médical régional de Suisse romande de l'OAI (ci-après : le SMR) a retenu comme atteinte principale à la santé un déficit cochléo-vestibulaire avec surdité totale et aréflexie vestibulaire gauche post-traumatique. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, alors qu'elle était de 90 à 100 % dans une activité adaptée depuis le mois de janvier 2009, correspondant au mois suivant les examens de l'expertise mandatée par l'assureur-accidents. Les limitations fonctionnelles étaient le travail en hauteur sur échelles ou

échafaudages, en position instable, les mouvements brusques, répétitifs, de forte amplitude du tronc et de la tête, l'exposition au bruit, le travail dans l'obscurité et la conduite de véhicules lourds.

Par décision du 16 décembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles de l'assuré, motif pris qu'il avait refusé les mesures d'intervention précoce et l'examen des mesures de réadaptation professionnelle, car il ne se sentait pas apte à les entreprendre.

Par décision du 4 novembre 2010, rendue par l'intermédiaire de la Caisse AVS, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière ordinaire d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} décembre 2008 au 30 avril 2009 (ainsi que des rentes pour ses enfants). Ces dates correspondaient d'une part à l'échéance du délai de carence d'une année depuis le début de l'incapacité de travail et d'autre part, à trois mois après l'amélioration de sa capacité de travail à 95 % dans une activité adaptée, en janvier 2009. Dès cette amélioration, le degré d'invalidité s'élevait à 18 %, ce qui fermait le droit à une rente d'invalidité.

Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.

Par décision du 19 avril 2012, l'assurance-accidents de l'assuré lui a octroyé une rente d'invalidité de 18 % dès le 1^{er} juin 2009, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %.

b) Par formulaire du 9 avril 2019, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant valoir une incapacité de travail depuis le 11 décembre 2017. Il a exposé bénéficier de prestations de l'aide sociale et n'a pas fait état d'une quelconque activité professionnelle depuis 2007. Comme atteintes à la santé, il a indiqué des troubles psychiques avec médication nécessaire, ses problèmes d'équilibre et d'audition, ainsi que des problèmes de sommeil, depuis 2007. Il a joint à sa demande une attestation médicale du 28 février 2019 de la P._____, émanant du Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce médecin indiquait que l'assuré était en incapacité de travail totale depuis le 11 décembre 2017, pour une durée

indéterminée et que les diagnostics retenus étaient une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1).

Par avis du 8 mai 2019, le SMR a préconisé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, considérant que l'atteinte psychique pouvait avoir évolué.

Interpellés par l'OAI, les Drs V._____ et G._____, spécialiste en médecine interne générale, au sein de la P._____, ont établi un rapport le 24 mai 2019. Sur le plan diagnostique, ils ont indiqué ce qui suit :

« M. K._____ présente une attitude hostile et méfiante envers le monde, ainsi qu'un retrait social. On retient comme traumatisme l'agression en 2007 où le patient s'est vu mourir. De plus, M. K._____ a également été face à la violence de la guerre au [...] durant laquelle il était militaire. Le patient nie l'impact de la guerre sur ses problèmes actuels, idéalisant au contraire cette période. Nous retenons donc le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Depuis son agression, le patient présente une thymie abaissée de manière récurrente ainsi qu'une anhédonie. Il présente des troubles de la concentration ainsi qu'une perturbation du sommeil. Nous retenons donc le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ».

Les Drs V._____ et G._____ dataient ces diagnostics à juillet 2008 pour la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et à janvier 2010 pour le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Ils ont répondu aux questions formulées par le SMR et indiqué que la modification durable de la personnalité entraînait des limitations fonctionnelles, en lien avec les difficultés relationnelles qu'elle engendrait, ainsi qu'en lien avec le trouble dépressif récurrent, ceci depuis 2008, à la suite de l'agression. S'agissant des éléments anamnestiques permettant de poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent, les médecins ont noté un suivi intermittent depuis 2008 et la présence à plusieurs reprises des critères d'épisode dépressif. Ils retenaient une incapacité de travail durable, à long terme et ininterrompue, attribuable à l'épisode dépressif, depuis octobre 2015, dans toutes activités. Le suivi actuel était mensuel, il avait débuté en 2008

et été interrompu en 2012 pour cause d'absences répétées. Le suivi avait repris en 2015, à la suite d'une « crise » avec la fille de l'assuré, âgée de 14 ans, épisode qui avait apparemment mené à la condamnation pénale de l'assuré. Comme limitation fonctionnelle, les médecins rapportaient de la difficulté à être en contact avec des gens, ce qui générait une grande anxiété, se présentant sous la forme de transpiration, dyspnée et nausée. Ils ont également coché, dans la liste des limitations fonctionnelles, l'hostilité et l'agressivité, des bizarreries du comportement, des difficultés dans la gestion des émotions, des difficultés dans la gestion du traitement (mauvaise compliance), une sévère hypersensibilité au stress, l'apparition périodique de phases de décompensation, la limitation modérée de sa capacité de concentration, d'attention et d'adaptation au changement.

Le 8 juillet 2019, l'OAI a versé l'extrait du compte individuel AVS de l'assuré au dossier, pour la période allant de décembre 2012 à mars 2014. Il reflétait des revenus versés par la discothèque dans laquelle l'assuré était agent de sécurité, à raison de 1'587 fr. en décembre 2012, 24'846 fr. de janvier à décembre 2013 et 5'973 fr. de janvier à mars 2014.

Par avis du 13 août 2019, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par mention sur un courrier parvenu en retour à l'OAI le 3 décembre 2019, la P. _____ a indiqué que l'assuré n'était plus suivi par ses médecins depuis le 2 août 2019.

A la suite d'un appel téléphonique de l'ex-épouse de l'assuré, l'OAI a été informé par courrier du 3 mars 2020 de l'Office vaudois d'exécution des peines que l'assuré était incarcéré depuis le 30 juillet 2019 en régime de détention ordinaire.

L'assuré a été libéré de prison le 18 mai 2020.

Par rapport d'expertise du 15 juin 2020, la Dre J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mandatée par l'OAI, a retenu

comme diagnostic un trouble anxieux et dépressif mixte de degré léger (F41.2), précisant ce qui suit :

« L'assuré présente des symptômes dépressifs et anxieux. Les symptômes dépressifs sont une perte de vision d'avenir, une perte d'énergie, une fatigue, une attitude morose face à l'avenir et une perte de confiance en soi (peur de perdre l'équilibre degré léger à moyen), un manque de réactivité émotionnelle (sauf pour les matchs de boxe/voir ses enfants) aux choses habituellement agréables. Il n'y a pas de trouble du sommeil (traitement), pas de perte d'appétit, pas d'idée noire/auto-agressive, il n'a pas été mis en évidence de culpabilité.

Les symptômes anxieux sont une irritabilité, une intolérance au stress (foule), aux stimuli (bruits) et des sensations de perte d'équilibre dues à sa surdité/vertige post-traumatique. Le trouble de la concentration et d'attention n'a pas été mis en évidence lors de l'entretien, il est anamnestique ».

L'experte a également retenu des difficultés liées au mode de vie, régime et habitudes alimentaires inadéquats (Z72.4), précisant que l'assuré présentait une obésité de classe II et s'alimentait de nourriture non équilibrée, des difficultés liées à une incarcération et une libération de prison (Z65.1 et Z65.2), et d'autres difficultés liées à l'entourage immédiat, dislocation de la famille par séparation et divorce depuis 2015 (Z63.7). L'assuré était en période de réadaptation sociale, compte tenu de sa récente sortie de prison, et n'avait pas encore eu de contact avec son psychiatre traitant et son assistante sociale. Il présentait des troubles fonctionnels d'origine mixte (trouble anxiodépressif de degré léger et événements de vie), tels une fatigue de degré léger, une intolérance au stress de degré léger, un manque d'initiative et d'autonomie de degré moyen. Sur le plan uniquement psychiatrique, la Dre J. _____ estimait que l'assuré pouvait exercer son activité de manœuvre à 100 %, de manière progressive, à condition que ce soit dans un environnement calme en raison de son intolérance au bruit. Dans son activité d'agent de sécurité, l'assuré pouvait également exercer à 100 %, de manière progressive, sans oreillette et en respectant son intolérance au bruit. Une activité adaptée comprendrait peu de stimuli sensoriels (bruit, foule) et aurait lieu dans un environnement sécurisant et bienveillant. L'experte citait en exemple l'activité d'agent de sécurité la nuit. Il n'y avait pas d'atteinte psychique invalidante au début de l'année 2009, l'assuré avait arrêté son suivi entre 2012 et 2015, il n'avait pas été compliant à la

médication et avait manqué des rendez-vous. A partir de 2015, il avait présenté des symptômes anxieux en raison d'une procédure judiciaire, de la plainte pénale de sa fille et de son divorce, avec incapacité de travail ponctuelle. Avant son incarcération, sa capacité de travail était entière ; elle l'était également durant l'incarcération et après, moyennant une reprise progressive et en respectant les limitations fonctionnelles.

Par rapport du 24 juin 2020, le SMR a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis février 2009, moyennant le respect de ses limitations fonctionnelles ORL et psychiques (fatigue de degré léger, intolérance au stress de degré léger, manque d'initiative et d'autonomie de degré moyen). Il était incapable d'exercer son activité habituelle depuis le 2 décembre 2007. Le SMR notait que l'assuré n'avait jamais réalisé des revenus dépassant 40'000 fr. avant le traumatisme de 2007. Il avait réalisé des revenus en 2013 et 2014, dans son ancienne activité d'agent de sécurité en discothèque. Il ressortait du rapport d'expertise de la Dre J. _____ qu'il n'y avait plus eu de suivi psychiatrique entre 2012 et 2015. Lors de l'expertise, il n'y avait plus de constatations permettant de confirmer les diagnostics posés dans le rapport de la P. _____ de mai 2019. L'experte retenait uniquement un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte de degré léger, qui n'était pas invalidant. Ce constat était superposable à celui qui ressortait de l'expertise de mars 2009 et permettait de douter de la pertinence des diagnostics retenus et de l'incapacité totale de travail, tels que décrits dans le rapport de mai 2019. Cette appréciation était corroborée par l'absence de suivi psychiatrique entre 2012 et les accusations d'ordre pénal de la fille de l'assuré en 2015, ainsi que par le fait que l'assuré avait été capable de réaliser des revenus, certes modestes, en 2013 et 2014.

Par décision du 18 janvier 2021, confirmant son projet du 19 novembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, par exemple dans le cadre d'un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, dans le montage, le contrôle ou

la surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ou ouvrier dans le conditionnement. Ses limitations fonctionnelles psychiques justifiaient un abattement de 5 % du salaire statistique utilisé pour le calcul de son revenu avec invalidité. La comparaison de ce dernier avec son revenu sans invalidité aboutissait à un degré d'invalidité de 19,05 %, arrondi à 19 %, ce qui était inférieur au minimum légal de 40 % et n'ouvrait ainsi pas le droit à une rente d'invalidité. Le droit aux mesures professionnelles lui était également refusé.

B. Par acte du 18 février 2021, K._____, désormais représenté par Me Vincent Demierre, avocat à Lausanne, a formé recours par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité lui est allouée, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Il a également conclu à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, à titre préalable ainsi que subsidiaire, et a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. A titre plus subsidiaire, il a conclu à la réforme de la décision en ce sens que des mesures professionnelles lui sont octroyées. Le recourant a requis un délai supplémentaire pour compléter ses moyens, étant précisé qu'il avait consulté son avocat peu avant le dépôt du recours et que son conseil n'avait pas eu accès au dossier, dont il requérait la production. Il a produit notamment un courriel de son agente de probation, qui relatait avoir observé qu'il rencontrait de grandes difficultés dans sa vie quotidienne.

Par décision du 9 mars 2021, le juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 18 janvier 2021, comprenant l'exonération des avances et frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office de son conseil.

Par réponse du 7 avril 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours et produit le dossier de la cause. Il considérait le rapport d'expertise de la Dre J._____ était entièrement probant et relevait que cette dernière

avait tenu compte des rapports de la P._____, produits à l'appui du recours.

Par mémoire de recours complémentaire du 3 juin 2021, le recourant a maintenu ses conclusions et sa requête d'expertise médicale pluridisciplinaire. Il a expliqué qu'en 2013 et 2014, il avait travaillé auprès de son ancien employeur comme videur de boîte de nuit à temps très partiel, les vendredis et samedis durant la nuit. Il avait dû cesser en raison du bruit qui perturbait son équilibre et de grandes difficultés à gérer le stress, ce qui le rendait irritable et générait un risque de conflit incompatible avec la profession. En substance, il a contesté la valeur probante de l'expertise de la Dre J._____, laquelle contredisait l'appréciation du Dr V._____, qui était probante. Il a produit un nouveau rapport de la P._____ du 5 mai 2021, qu'il tenait également pour probant, établi par les Dres Z._____ et W._____, médecins praticiennes. Répondant au conseil du recourant, ces médecins indiquaient que l'intéressé avait repris contact avec le centre de psychiatrie en urgence en juillet 2020, ensuite de quoi il ne s'était plus présenté aux entretiens, jusqu'en février 2021. Il se rendait désormais à des entretiens de suivi mensuels, prévus dans le cadre d'un suivi obligatoire d'une durée d'une année. Les médecins listaient la médication prescrite et précisaient qu'aucun dosage de compliance n'avait été effectué. Les diagnostics retenus étaient un trouble mixte de la personnalité (antisociale, émotionnellement labile, F61), des troubles mentaux et du comportements liés à l'utilisation de sédatifs ou hypnotiques, syndrome de dépendance (F13.2) et un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2). Ces troubles avaient un effet sur la capacité de travail, qui était nulle, de manière probablement durable, hormis une marge d'amélioration possible de l'épisode dépressif actuel. Le rapport indiquait des limitations fonctionnelles et des plaintes actuelles. Le recourant a fait valoir que les nouveaux éléments présentés dans ce rapport remettaient en question les conclusions de l'expertise de la Dre J._____. De plus, l'activité d'agent de sécurité, retenue par la Dre J._____ comme étant adaptée, ne l'était par essence pas, car elle impliquait une exposition à un stress élevé, voire à des situations

violentes. Aucune mesure de performance n'avait été effectuée et aucun rapport n'avait été demandé en lien avec ses troubles auditifs. Au regard des rapports médicaux de la P._____ des 24 mai 2019 et 5 mai 2021, son invalidité était totale, de sorte qu'une rente entière d'invalidité devait lui être octroyée. En outre, il critiquait le taux d'abattement appliqué au revenu statistique dans le calcul de son degré d'invalidité, qui ne tenait pas suffisamment compte de ses limitations, de son écart du marché du travail durant plus de treize ans et de son manque de formation ou de qualification professionnelle. Dès lors, il fallait appliquer un taux d'abattement de 25 %.

Le 14 juin 2021, le recourant a produit spontanément un nouveau rapport de la P._____, signé par les Dres Z._____ et W._____ le 4 juin 2021, répondant à la question de son conseil, qui leur demandait d'expliquer la différence entre les diagnostics retenus en 2019 et en 2021. Ces médecins ont indiqué qu'elles revenaient en partie sur les diagnostics de leur dernier rapport, vu la documentation à leur disposition. Elles renaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F32.2) et notaient qu'au moins deux épisodes dépressifs moyens avaient été diagnostiqués en 2010 et 2019. Le diagnostic différentiel autour de la personnalité pathologique demeurait ouvert et seule une expertise pourrait trancher la question, notamment car le patient avait tendance à manquer les entretiens médicaux ou à s'y présenter très sédaté. Elles émettaient l'hypothèse qu'il avait développé des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de sédatifs et hypnotiques, syndrome de dépendance (F13.2), afin de calmer l'agressivité et la violence dont il pourrait faire montre.

Par réponse du 1^{er} juillet 2021, l'OAI a maintenu ses conclusions et produit un avis du SMR du 29 juin 2021, selon lequel les deux nouveaux rapports de la P._____ n'apportaient pas d'élément médical qui permettait de remettre en question les conclusions de l'avis SMR du 24 juin 2020. L'entretien d'expertise ayant eu lieu quelques jours après la sortie de prison du recourant, certaines données avaient été difficiles à apprécier, comme le déroulement du quotidien, les contacts

sociaux et les activités quotidiennes, qui permettaient de se prononcer sur les ressources d'une personne. La symptomatologie décrite différemment par l'experte et par les médecins traitants s'expliquait par la nature évolutive du trouble dépressif. Le projet de décision ne mentionnait pas l'activité d'agent de sécurité ; il était toutefois noté que le recourant l'avait pratiquée entre décembre 2012 et mars 2014. Le diagnostic de trouble de la personnalité n'était apparu que dans le cadre du recours. L'atteinte ORL était bien connue, ses séquelles étaient stables et entraînaient des limitations fonctionnelles prises en compte. Aucun indice dans les rapports médicaux ne faisait penser à un changement des répercussions de cette atteinte.

Par réplique du 17 août 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions et relevé que le SMR admettait que l'experte n'avait pas pu apprécier ses ressources, ce qui constituait une lacune patente de l'expertise. La clinophilie et le retrait social observé dans les derniers rapports des psychiatres traitants montraient que l'évolution du trouble dépressif n'avait pas été suffisamment prise en compte. Le SMR s'était distancié de l'avis de l'experte s'agissant de la capacité de travail dans l'activité d'agent de sécurité, ce qui démontrait le manque de pertinence de l'expertise. Le trouble de la personnalité constituait un élément nouveau, rendant nécessaire la mise en œuvre d'une expertise. Aucune mise à jour n'avait été effectuée sur le plan ORL, alors qu'il était essentiel de déterminer les effets de cette atteinte sur sa santé psychique.

Par duplique du 30 septembre 2021, l'intimé a maintenu ses conclusions et produit un avis du SMR du 17 septembre 2021.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa deuxième demande, déposée le 9 avril 2019, sur laquelle l'OAI est entré en matière.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date. C'est ainsi à l'ancien droit qu'il est fait référence au sein du présent arrêt.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement

tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

Le diagnostic doit résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les symptômes décrits et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent

vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de cette dernière, ainsi le soutien dont elle

bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. Lorsque l'octroi d'une rente a été refusé parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière

décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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 (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

7. En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé du recourant s'est péjoré, dans une mesure susceptible de modifier l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée et de justifier l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, depuis la précédente décision au fond, datée du 4 novembre 2010. Il est établi qu'à cette époque, le recourant a présenté une invalidité en lien avec son atteinte ORL, lui donnant droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} décembre 2008 au 30 avril 2009. Dès le mois de janvier 2009, le recourant avait recouvré une capacité de travail de 95 % dans une activité adaptée. L'intimé avait alors mis un terme à la rente entière d'invalidité, trois mois plus tard, décision qui n'avait pas été contestée et qui est entrée en force et définitive. Les limitations fonctionnelles retenues étaient le travail en hauteur sur échelles ou échafaudages, en position

instable, les mouvements brusques, répétitifs, de forte amplitude du tronc et de la tête, l'exposition au bruit, le travail dans l'obscurité et la conduite de véhicules lourds.

La deuxième demande du recourant étant datée du 9 avril 2019, son droit éventuel à une rente d'invalidité, basée sur l'incapacité de travail attestée depuis le 11 décembre 2017, ne pourrait naître qu'à partir du mois d'octobre 2019 (délai d'attente procédural de six mois de l'art. 29 al. 1 et 3 LAI *cum* art. 29 al.1 LPGA).

Le recourant requiert l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité essentiellement en lien avec la péjoration de sa santé psychique, c'est-à-dire avec une nouvelle atteinte invalidante, puisqu'à l'époque de la décision initiale, aucune atteinte invalidante de ce registre n'avait été retenue. De plus, il a fait valoir en procédure judiciaire que son atteinte ORL pourrait s'être péjorée, respectivement avoir des effets néfastes sur sa santé psychique. Il reproche à l'intimé de lui avoir reconnu un degré d'invalidité de 19 %, nonobstant ses atteintes à la santé, lesquelles lui causeraient une incapacité de travail totale, de longue date et pour une durée indéterminée. Il conteste en second lieu le taux d'abattement de 5 %.

Il est d'emblée constaté que l'inexigibilité de l'activité habituelle du recourant ne fait en réalité pas débat. La décision entreprise est motivée par la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et non dans son activité habituelle (que ce soit dans le domaine de la construction ou d'agent de sécurité en discothèque). Ce point est manifestement basé sur l'avis du SMR du 24 juin 2020, qui rappelle que le recourant est reconnu incapable d'exercer son activité habituelle depuis le 2 décembre 2008, ceci en raison de son atteinte somatique ORL et des limitations qui en découlent. Il ne se justifie dès lors pas d'examiner plus avant cet aspect. En particulier, l'affirmation de la Dre J._____ selon laquelle le recourant pourrait reprendre un travail d'agent de sécurité, du point de vue strictement psychique, n'est pas déterminante. On précisera

tout de même que la profession d'agent de sécurité ne se cantonne pas aux discothèques ou endroits fréquentés.

8. Pour rendre la décision entreprise, l'intimé s'est fondé essentiellement sur le rapport d'expertise psychiatrique de la Dre J. _____ du 15 juin 2020, ainsi que sur l'avis du SMR du 24 juin 2020. Il s'agit dès lors d'examiner la valeur probante de cette expertise, notamment à l'aune des critères jurisprudentiels idoines.

a) Sur le plan formel tout d'abord, le recourant fait grief à la durée de l'entretien d'expertise, qui s'est déroulé en une seule séance de 3 heures et 15 minutes.

On rappellera que la durée de l'examen d'expertise ou le nombre de séances n'est pas, en soi, un critère de la valeur probante d'un rapport médical (TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 ; 9C_542/2020 du 16 décembre 2020 consid. 7.4 et les références). Cette critique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'experte, dont le rôle consistait à porter un jugement sur son état de santé dans un délai relativement bref (idem). Par ailleurs, le recourant n'évoque pas d'éléments sur lesquels il n'aurait pas été en mesure de s'exprimer, ni ne formule d'autre critique précise, de sorte que cette seule affirmation ne saurait faire douter de la valeur probante dont il est question. Le grief doit être écarté.

b) Sur le fond, l'expertise de la Dre J. _____ réunit tous les requisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Il ressort du rapport du 15 juin 2020 que l'experte a établi le contexte médical du recourant, puisqu'elle a synthétisé les rapports médicaux, en particulier psychiatriques, depuis décembre 2007. Elle a retracé l'évolution des incapacités de travail attestées par les différents médecins depuis le 2 décembre 2007. Elle a établi l'anamnèse familiale, professionnelle, sociale, psychiatrique, somatique et assécurologique de manière détaillée et en différenciant ses remarques basées sur le dossier,

des informations recueillies lors de l'entretien. Elle a procédé à l'examen psychiatrique clinique, personnellement et conformément à sa spécialité. Elle a retracé le déroulement du quotidien du recourant, ses traitements antérieurs et actuels. Elle a rapporté ses plaintes. Elle a mis en œuvre des analyses de laboratoire et interprété leurs résultats (hématologie, chimie clinique, médicaments, produit d'addiction, fonction thyroïdienne). Elle a effectué des tests psychométriques (autoévaluation de la dépression de Beck, échelle d'évaluation de la dépression d'Hamilton, échelle d'appréciation de l'anxiété d'Hamilton). Elle a listé les diagnostics retenus antérieurement, ainsi que ceux qu'elle retenait actuellement. Elle a ensuite formulé ses observations et constatations et en a tiré son appréciation, cohérente et motivée. Elle a enfin répondu aux questions posées par l'OAI. Il n'y a pas de lacune dans ce travail d'expertise.

En particulier, la Dre J._____ a examiné les indicateurs jurisprudentiels. On précisera néanmoins à cet égard que cette analyse n'était pas strictement nécessaire, ou du moins que le niveau d'exigence d'évaluation des indicateurs doit être relativisé en l'espèce. En effet, l'experte n'a retenu qu'un seul véritable diagnostic, à savoir un trouble anxieux et dépressif mixte de degré léger (F41.2), puisque les autres problèmes retenus, codifiés sous la lettre Z de la classification CIM-10, correspondent à des facteurs qui influencent l'état de santé et entraînent le recours aux soins de santé. Ces éléments ne relèvent pas en tant que tels de la notion d'atteinte à la santé ayant une portée juridique (SVR 2012 IV n° 52 p. 188 consid. 3.1 [TF 9C_537/2011]) et ne constituent donc pas une atteinte à la santé invalidante, ni d'emblée une comorbidité. Or, en l'état de la jurisprudence fédérale, un trouble anxieux et dépressif de degré léger, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave, et partant, comme une atteinte invalidante (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2).

Quoi qu'il en soit, la Dre J._____ a apprécié les ressources et les limitations du recourant. S'agissant de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, ainsi que de l'appréciation des capacités, ressources et

difficultés (chap. 7.3 et 7.4 pp 21-22 du rapport), l'experte a certes indiqué qu'elle manquait d'éléments anamnestiques actuels, compte tenu de la récente sortie de prison du recourant, qui impliquait que son discours n'était possiblement pas complètement représentatif. Toutefois, cette précision tend au contraire à crédibiliser l'appréciation de l'experte. Il ressort du rapport que le fonctionnement du recourant n'a en réalité pas subi de modification déterminante, de longue date. L'experte relate qu'il présente une limitation relativement uniforme dans tous les domaines de la vie, qu'il est peu adapté aux règles et aux routines, de longue date, qu'il ne planifie ni ne structure ses tâches, qu'il est peu flexible, a peu de capacité d'adaptation, pas de compétence spécifique, peu d'aptitude à évoluer au sein d'un groupe, etc. En revanche, il entretient de bonnes relations avec deux de ses enfants, qu'il voit régulièrement, et avec sa famille au [...]. Il ne semble pas que le séjour en prison du recourant ait modifié ses ressources ou son niveau d'activité sociale, par rapport à avant son incarcération. Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas et ne l'a pas affirmé lors de l'expertise. On ne voit dès lors pas de motif de retenir que l'anamnèse établie par la Dre J._____, quelques jours après la libération du recourant, ne lui aurait pas permis d'apprécier la situation psychiatrique de manière probante. Il n'y a du reste aucun élément médical au dossier qui soutiendrait cette hypothèse, formulée par le recourant, qu'il y a donc lieu d'écarter.

Le recourant reproche encore à l'experte d'avoir retenu une atteinte à la santé de degré léger, en citant l'échelle d'évaluation de la dépression et de l'anxiété d'Hamilton. Selon lui, dès lors que cette échelle fait intervenir un élément subjectif, à savoir le point de vue de l'expert pour le choix des items, cet examen, par nature, pouvait s'en trouver biaisé. Il aurait été nécessaire que l'experte cite les différents items et motive ses choix à cet égard, afin d'objectiver son évaluation. Ce d'autant plus que le recourant avait également été soumis à l'évaluation de la dépression de Beck, une méthode d'auto-évaluation, et qu'il obtenait alors un score de 38, correspondant à une dépression de degré sévère.

En l'occurrence, l'experte a mentionné et exposé les résultats de ces tests psychométriques effectués (pp 18-19 du rapport) avant de poser et d'expliquer son diagnostic (p.19). Il s'agit en réalité d'instruments complémentaires à ses constatations. Il n'y a pas de choix des items. On rappellera en sus que l'administration, puis le juge, se fonde sur des documents médicaux pour fixer le degré d'invalidité (cf. consid. 4c *supra*). Ainsi, les griefs d'ordre médical du recourant, qui ne sont pas corroborés par des pièces médicales, comme c'est le cas de cette critique des tests psychométriques, ne sauraient en l'espèce remettre en cause la valeur probante de l'expertise.

c) S'agissant des appréciations des médecins traitants du recourant, les remarques suivantes s'imposent.

Les rapports de la P._____ postérieurs à la décision entreprise sont irrecevables, dans la mesure où ils concernent une situation postérieure à l'état de fait déterminant (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1). Les rapports des 5 mai et 4 juin 2021 ne peuvent être pris en compte que relativement à la situation qui prévalait jusqu'à la reddition de la décision, le 18 janvier 2021. Il en va de même des arguments du recourant au sujet de son état de santé actuel, après la décision qui circonscrit l'état de fait.

d) La Dre J._____ a dûment tenu compte du rapport de la P._____ du 24 mai 2019 dans son expertise. Elle a indiqué que les symptômes décrits dans ce rapport n'expliquaient pas l'absence totale de capacité de travail retenue et que les événements de la vie du recourant en 2015 (plainte de sa fille et procédure judiciaire) s'apparentaient à des facteurs de stress ayant pu le décompenser (p. 13 du rapport). Elle a souligné l'irrégularité du traitement thérapeutique et le fait que le rapport de la P._____ attestait, en 2019, un état dépressif depuis 2010, alors que le suivi avait été interrompu entre 2012 et 2015. Elle a noté que malgré la présence de symptômes anxieux et dépressifs, le dosage du médicament anti-dépresseur avait été diminué (p. 17 du rapport). Elle a

expliqué que l'intéressé présentait une perte d'énergie, d'espoir et de vision d'avenir, de motivation, une fatigue et une fatigabilité, une attitude morose face à l'avenir, une perte de confiance en lui et un manque de réactivité émotionnelle aux choses habituellement agréables (pp 18-19 du rapport). Elle a ainsi bien relevé des symptômes dépressifs et anxieux, au contraire de ce que soutient le recourant. Selon son appréciation, elle n'avait pas mis en évidence de trouble du sommeil, de perte d'appétit, d'idée noire ou auto-agressive, ou encore de culpabilité. La motivation de la Dre J._____ quant au degré de gravité de l'atteinte dépressive et anxieuse apparaît convaincante et congruente avec ses observations.

S'agissant des limitations fonctionnelles, le rapport des médecins de la P._____ du 24 mai 2019 retenait effectivement de nombreuses limitations, sous la forme de croix cochées dans la liste figurant sur le formulaire qui leur était adressé. Toutefois et contrairement à ce que soutient le recourant, ces limitations ont été considérées par l'experte J._____. Par ailleurs, les médecins traitants n'ont pas expliqué en quoi ces limitations entraîneraient une perte de capacité de travail dans une activité adaptée. Le recourant reproche la brièveté de l'analyse des effets du diagnostic et des problèmes retenus par la Dre J._____ sur sa capacité de travail. Or, l'experte a clairement indiqué que l'atteinte psychique de l'intéressé n'influçait pas sa capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte que des développements supplémentaires n'apparaissaient à l'évidence pas nécessaires.

On relève encore que le rapport de la P._____ du 24 mai 2019 retient comme diagnostic celui de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62), depuis juillet 2008. Or, l'expertise pluridisciplinaire du 4 mars 2009 avait établi à cette date déjà qu'il n'y avait plus d'élément en faveur d'un trouble post-traumatique et que le diagnostic de modification durable de la personnalité était erroné. De plus, la fréquence du suivi psychiatrique, d'une fois par mois, soutient également les conclusions de la Dre J._____ (cf. également rapport du 5 mai 2021). Ce rapport n'est ainsi pas de nature à remettre en question la valeur probante de l'expertise de la

Dre J._____. Ce d'autant moins qu'il ne porte pas sur la modification de l'état de santé du recourant depuis la première décision de l'OAI, ce qui constitue l'objet de la présente cause (cf. à ce sujet TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2).

e) Quant aux rapports de la P._____, postérieurs à l'expertise, dans la mesure où ils sont recevables, ils ne sauraient pas non plus jeter le doute sur les conclusions convaincantes de la Dre J._____.

Le suivi s'avère toujours effectué à une fréquence mensuelle et il est imposé au recourant (suivi obligatoire d'une année). Les médecins traitants ne critiquent pas les constats de la Dre J._____, puisqu'elles ne semblent pas savoir qu'une expertise a été diligentée et elles indiquent précisément qu'un tel processus pourrait trancher leurs hypothèses diagnostiques (rapport du 4 juin 2021). Dans leur dernier rapport, les médecins traitants laissent entendre qu'elles n'étaient pas en possession des rapports antérieurs, lors de l'établissement de leur rapport du 5 mai 2021 et qu'une fois ces informations connues, elles sont revenues sur leur appréciation diagnostique. Elles mentionnent des hypothèses en lien avec un syndrome de dépendance et des troubles de la personnalité. Elles n'ont suivi le recourant que dès le mois de février 2021. Cette appréciation n'est ainsi manifestement pas de nature à faire douter de celle de la Dre J._____, pour la période pertinente.

f) Le recourant argue qu'il aurait dû faire l'objet de mesures de performance en activité. En l'absence de tout élément médical portant sur la diminution potentielle de son rendement, on voit mal en quoi l'OAI ou l'experte auraient dû suggérer une telle mesure.

g) Le recourant fait ensuite valoir qu'aucun rapport n'a été rendu s'agissant du trouble de l'audition dont il souffre de longue date. Il s'interroge sur l'incidence de ses troubles de l'équilibre et de la surdité sur sa santé psychique et relève que le Dr M._____, qui l'avait suivi sur le plan ORL à la suite de son accident, avait indiqué dans son rapport du 28 avril 2008, qu'il y avait une incidence objective entre la manifestation

des troubles de l'audition et l'existence de difficultés de la concentration et la présence d'une fatigue importante, liée à la nécessité pour le corps de puiser dans ses réserves pour assurer l'équilibre.

Le recourant omet de mentionner le caractère temporaire de ces constats, qui se dégage dudit rapport (« Le patient sera certainement capable de reprendre son activité tout au moins à temps partiel dans un délai de quelques semaines à quelques mois », p. 108 du dossier). Quoiqu'il en soit, cette pièce n'entre pas dans l'état de fait déterminant de la présente cause, puisqu'elle date d'avant la première décision de l'OAI dont la révision matérielle est demandée. L'atteinte ORL est connue et documentée, le SMR et l'OAI ont continué d'en tenir compte et le recourant n'a pas prétendu, avant la phase judiciaire, que cette atteinte se serait péjorée. Aucune pièce médicale ne suggère le contraire et il y a lieu de rappeler le devoir de collaborer du recourant (ATF 125 V 193 consid. 2 ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; TF 9C_476/2021 du 30 juin 2022, consid. 5.2.1).

Ces griefs doivent être écartés.

h) Ainsi, sur le plan médical, l'OAI était fondé à suivre le rapport d'expertise de la Dre J. _____ pour l'atteinte psychique, et les constats qui prévalaient lors de la première décision pour l'atteinte somatique ORL. Le recourant présentait donc une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis février 2009.

9. a) Sur le plan économique, le recourant conteste uniquement la mesure de l'abattement appliqué à son revenu avec invalidité, à savoir 5 %, et considère que ce taux devrait être de 25 %, compte tenu de ses limitations fonctionnelles. Les éléments à prendre en compte sont, selon lui, des troubles de la concentration, une grande fatigabilité, des difficultés relationnelles ressenties, une hypersensibilité au stress, ainsi qu'une capacité d'adaptation au changement limitée. De plus, il avait été éloigné

du marché du travail durant plus de treize ans et n'était pas au bénéfice d'une formation professionnelle ou d'une expérience particulière.

b) Pour déterminer le revenu avec invalidité (consid. 4b *supra*), lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb ; TF 8C_80/2013 du 17 janvier 2014 consid. 4.2 ; 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.1 ; 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 3.1).

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("*Angemessenheitskontrolle*"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse

quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 3.3).

c) En l'occurrence, il ressort de la feuille de calcul établie le 25 septembre 2020 (p. 561 du dossier) que l'OAI a considéré que les limitations somatiques n'engendraient pas de désavantage salarial. Il existait suffisamment d'activités adaptées au vu des limitations fonctionnelles et l'OAI est revenu sur son appréciation de 2009, qui retenait un abattement de 10 %. Une réduction de 5 % se justifiait en raison des limitations fonctionnelles psychiques, qui pouvaient engendrer un désavantage salarial, au contraire des autres facteurs. L'intéressé pouvait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, comme dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ou ouvrier dans le conditionnement.

Compte tenu des particularités du cas d'espèce ainsi que des limitations fonctionnelles somatiques et psychiques, retenues par l'OAI et confirmées ci-avant, il n'appert pas justifié de revenir sur l'appréciation de l'intimé quant au taux d'abattement. La capacité de travail résiduelle du recourant ainsi que ses limitations fonctionnelles ne permettent pas de rendre hautement vraisemblable qu'il n'atteindrait pas le revenu moyen des travailleurs du secteur retenu *in casu*, moyennant un abattement de 5 %.

En particulier, la longue absence ou éloignement du marché du travail ne constitue pas un facteur déterminant pour l'abattement (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa ; TF 9C_892/2012 du 30 avril 2013 consid. 5.4). Les activités adaptées retenues, au niveau de compétence 1 du tableau de l'ESS, ne requièrent aucune formation ou expérience professionnelle spécifique, de sorte que cet argument du recourant tombe également à

faux (entre autres, TF 8C_438/2022 du 26 mai 2023, consid. 4.3.5). Les limitations fonctionnelles du recourant ont été prises en compte ; elles conduisent à l'inexigibilité de son activité habituelle et à une réduction de 5 % de son revenu avec invalidité. En revanche, la question de l'admissibilité de la diminution de l'abattement de 10 % à 5 %, alors que ce taux avait été retenu dans la décision de l'OAI de 2009, que la situation sur le plan somatique n'a pas évolué et que ce taux avait été également retenu par l'assurance-accidents dans son calcul d'invalidité pourrait se poser (cf. à ce sujet p. 327 du dossier et TF 8C_129/2022 du 25 novembre 2022 consid. 4.4.2). Quoi qu'il en soit, l'application d'un taux d'abattement de 10 %, ou même de 25 %, ne changerait pas le droit à une rente d'invalidité du recourant. En effet, le calcul aboutit à un degré d'invalidité inférieur à 40 % dans tous ces cas de figure (revenu sans invalidité : 79'927 ; revenu avec invalidité : $[68'105,5 - 25 \% = 51'079,13]$; comparaison : $[79'927 - 51'079,13] / [79'927 \times 100] = 36,09 \%$).

Partant, le taux d'abattement retenu par l'intimé peut être confirmé.

d) Les autres éléments de calculs ne sont pas contestés et peuvent être confirmés, après vérification d'office.

e) Au vu de son degré d'invalidité inférieur à 40 %, le droit à une rente d'invalidité est fermé pour le recourant (cf. consid. 4b *supra*).

10. Le recourant a conclu à l'octroi de mesures professionnelles, sans toutefois motiver cette conclusion ou expliquer quelles mesures elle vise concrètement. Il ressort du dossier qu'en 2009, il ne s'était pas senti apte à entreprendre des mesures d'intervention précoce et l'examen de mesures de réadaptation professionnelle (cf. décision du 16 décembre 2009, p. 355 du dossier). Le 25 septembre 2020, le secteur de réadaptation de l'OAI a estimé que le droit du recourant à des mesures n'était pas ouvert et que même s'il l'était, aucune mesure simple et adéquate ne serait objectivement et subjectivement susceptible de réduire le préjudice économique (rapport REA, p. 559 du dossier). Sur

demande du recourant, il pourrait bénéficier d'une aide au placement (idem ; art. 18 LAI).

A la lumière des pièces au dossier, le recourant n'a, semble-t-il, jamais demandé, ni participé à des mesures d'ordre professionnel et n'a pas demandé de bénéficier de l'aide au placement. Dans ces circonstances, la décision de l'OAI ne saurait qu'être confirmée s'agissant des mesures d'ordre professionnel, aucun élément ne permettant de remettre en cause son appréciation.

11. Le dossier est complet. Il permet ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan médical ayant pu être constatés à satisfaction de droit et ayant pu être librement appréciés (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3). Il en va de même de la requête d'audition du recourant, formulée sous forme d'interrogatoire sur certains allégués de faits, soit en tant qu'offre de moyen de preuves.

12. a) Au vu de ce qui précède, l'état de santé du recourant et ses conséquences sur sa capacité de gain ne lui ouvrent pas le droit à une rente d'invalidité. L'intimé était ainsi fondé à rendre sa décision de refus du 18 janvier 2021. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu l'issue du litige. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral

de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

d) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Vincent Demierre, qui peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office, laquelle est fixée en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès. En l'occurrence, il convient de fixer l'indemnité de conseil d'office de Me Demierre à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 3 al. 2 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'État, dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. a, b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (DGAIC, auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 18 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** L'indemnité d'office de Me Vincent Demierre, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 3'000 fr. (trois mille francs), débours et TVA compris.

- VI.** 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.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Vincent Demierre (pour M. K. _____),
- 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 :