

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 janvier 2010

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :       Mme Thalmann et M. Abrecht  
Greffier       :       M. Greuter

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**E.** \_\_\_\_\_, à [...] (Espagne), recourant, représenté par Me Bertrand Reich,  
avocat à Genève,

et

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

---

**Art. 28 et 41 aLAI; 88a al. 2 RAI; 22 al. 2 LPGA**

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

**A. a)** E. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1946, a exercé la profession de tôlier. Souffrant de troubles auditifs (il porte un appareil), il s'est annoncé à l'assurance-invalidité le 13 juillet 1994. Après avoir pris en charge des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a statué sur le droit de l'assuré à la rente. Dans sa décision du 2 septembre 1999, l'administration a arrêté le revenu annuel sans invalidité à 70'191 fr.; eu égard à un gain annuel d'invalidé de 43'000 fr., l'OAI a nié le droit à la rente, le taux d'invalidité s'élevant à 38,73%.

Cette décision, confirmée sur recours par le Tribunal des assurances du canton de Vaud (cf. jugement AI 60/99 et AI 191/99 du 6 juillet 2000), a été annulée par arrêt du Tribunal fédéral des assurances (ci-après: TFA) du 14 mars 2001 (I 468/00). Le TFA a confirmé le revenu d'invalidé, arrêté à 43'000 fr., mais a renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il détermine à nouveau le revenu sans invalidité de l'assuré en 1999, afin de pouvoir fixer le taux d'invalidité de l'assuré.

**b)** Le 5 novembre 2001, l'OAI a soumis un projet de décision à l'assuré aux termes duquel il envisageait de tenir compte derechef d'un gain d'assuré valide de 70'191 fr.; le taux d'invalidité serait ainsi à nouveau fixé à 38,73% compte tenu d'un gain d'invalidé de 43'000 fr. Le 20 décembre 2001, l'OAI a rendu une décision conforme à son projet du 5 novembre 2001 et nié le droit de l'assuré à la rente.

L'assuré a déféré cette décision au Tribunal des assurances du canton de Vaud, en concluant principalement au versement d'une demi-rente d'invalidité et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI.

**aa)** Entre-temps, soit le 1<sup>er</sup> juin 2001, l'état de santé de l'assuré s'est péjoré et sa capacité de travail a été réduite à néant. L'OAI en a été informé début 2002, certificat médical à l'appui, émanant du

médecin traitant de l'assuré, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, qui suivait l'assuré depuis le 29 mars 2000.

Depuis juin 2001, l'assuré a présenté des troubles d'origine non somatique, qui ont amené son médecin traitant à lui prescrire un arrêt de travail en raison d'un état dépressif. Il a subi un examen neuropsychologique au CHUV le 26 juin 2001, qui a mis en évidence d'importants troubles de mémoire avec dysfonction exécutive.

Le Dr L.\_\_\_\_\_ a ensuite adressé, en octobre 2001, l'assuré à un médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le Dr J.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 17 juin 2002, le Dr J.\_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit:

"Le patient se plaint de troubles de la mémoire, de non-concentration, d'anxiété, voire d'angoisse devant l'impossibilité d'accomplir un quelconque travail, à la suite de troubles mnésiques. Il a un sentiment de dévalorisation, n'arrivant pas à accepter son handicap, surtout les troubles de mémoire. Sur le plan psychique, il présente par moment des idées de concernement d'allure mystique ainsi que de type persécutoire. La thymie est dépressive, le discours logorrhéique tend à masquer les pensées du registre psychotique."

**bb)** Une expertise psychiatrique a été établie le 14 novembre 2002 à la demande de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il ressort de cette expertise ce qui suit:

## **"1. ANAMNESE**

### **1.1. CIRCONSTANCES DE L'EXPERTISE**

E.\_\_\_\_\_ est un homme d'origine espagnole, né le [...]1946. Au bénéfice d'une formation de serrurier-constructeur obtenue dans son pays, il émigre en Suisse pour des motifs économiques en 1971. D'emblée au bénéfice d'un permis B, il œuvre dans différentes entreprises, dans son métier de base, son dernier employeur étant V.\_\_\_\_\_ à [...] où il travaille du 1.5.1990 au 30.6.1993. Il a été licencié pour des motifs qui restent peu clairs. Depuis lors, il bénéficie des prestations de l'assurance chômage du 1.7.1993 au 10.1.1995. Du 11.1.1995 au 23.12.1997, il réalise différentes activités d'occupation dans le cadre du chômage, comme chauffeur-livreur et dans la petite serrurerie d'aménagement.

D'un point de vue médical, il souffre d'une surdité de perception bilatérale évolutive, de degré moyen à sévère, pour laquelle il bénéficie d'un appareillage dans les deux oreilles depuis 1994. Par décision du 28.10.1999, la SUVA conclut à une atteinte à l'intégrité de 25%.

Le Dr P. \_\_\_\_\_ du service ORL du CHUV, dans son rapport à l'AI du 14.10.1994, recommande un recyclage professionnel.

Le Dr G. \_\_\_\_\_, dans son rapport médical intermédiaire à l'AI du 8.6.1999, mentionne: 'En raison d'une surdité bilatérale, légèrement progressive, nous avons recommandé dès 1994 un recyclage professionnel dans une activité moins bruyante pour éviter une aggravation de la surdité par une exposition professionnelle aux bruits.'

E. \_\_\_\_\_ bénéficie de mesures de réadaptation professionnelle et effectue des stages auprès de diverses institutions dans le secteur social, dans le but d'être aide soignant, notamment du 2.11.1998 au 30.11.1998 à la Fondation [...]. Ces mesures n'ont pas abouti pour diverses raisons. Le stage d'intégration du 25.1. au 4.4.1999 à l'OSER a également échoué, de sorte que l'OAI l'a interrompu prématurément avec effet au 26.2.1999. Il est précisé au terme de ce stage que le responsable du centre OSER aurait notamment indiqué que l'assuré pouvait être réadapté dans un emploi de magasinier en pièces détachées pour automobiles ou dans le secteur de la vente, activité pour laquelle une mise au courant dans une entreprise serait nécessaire.

Le Dr J. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, par lettre au médecin conseil de la SUVA du 17.6.2002, précise que 'il (E. \_\_\_\_\_) a un sentiment de dévalorisation, n'arrivant pas à accepter son handicap, surtout les troubles de mémoire. Il ne se résigne pas à renoncer à être socialement actif. Du point de vue psychique, il présente par moments des idées de concernement d'allure mystique ainsi que de type persécutoire. La thymie est dépressive, le discours logorrhéique tend à masquer les pensées du registre psychotique'.

[...]

## **2 INDICATIONS SUBJECTIVES DE L'ASSURE(E)**

### **2.1. PLAINTES SUBJECTIVES DE L'ASSURE(E)**

E. \_\_\_\_\_ se plaint essentiellement de ses problèmes de concentration, d'attention: 'je ne suis plus fiable. Je ne sais pas quel employeur pourrait me faire confiance actuellement' et peut-être d'un manque de rendement dans ses activités quotidiennes.

[...]

### **3.4 EXAMEN CLINIQUE DU 18.10.2002**

E. \_\_\_\_\_ se présente de façon ponctuelle au rendez-vous. Il attend à la salle d'attente tranquillement et se déplace à vitesse normale et sans boiterie pour venir à notre bureau. Il peut rester assis plus de 2 heures, puis pour les tests psychométriques, sans paraître algique ou sembler limité dans ses mouvements. Il s'agit d'un homme faisant son âge, habillé simplement, très légèrement négligé de sa personne. Le contact s'établit facilement avec E. \_\_\_\_\_, qui dans un premier temps, ne comprend pas réellement le sens d'une expertise psychiatrique. Le visage exprime une certaine tension. Il ne pleure pas durant l'entretien. Il est volubile, parfois légèrement logorrhéique et a tendance à se perdre parfois dans des détails, ce qui rend l'entretien long, parfois laborieux. Il doit sans cesse être recadré. Il met toutefois beaucoup de bonne volonté, essayant de faire aussi bien qu'il peut. Nous relevons quelques difficultés d'attention, mais surtout beaucoup de problèmes à reconstituer chronologiquement les événements. Il confond parfois les dates.

E. \_\_\_\_\_ ne présente pas de foetor éthylique. Il est vigile, orienté dans les trois modes. Il s'exprime dans un français de bonne facture

avec un léger accent. L'intelligence est normale, même si les connaissances scolaires sont limitées.

Spontanément, E. \_\_\_\_\_ reste très focalisé sur ses problèmes de mémoire, d'attention. Il exprime aussi des sentiments d'impuissance et d'inutilité liés à ses multiples échecs de reconversion professionnelle. Le discours traduit en même temps une forme de détermination du sujet à vouloir retrouver un emploi.

A l'anamnèse systématique, il n'y a pas d'éléments actuellement pour un épisode maniaque ou hypomane. L'humeur est légèrement subdépressive, avec des idées d'inutilité, de dévalorisation, d'échec et sentiments de culpabilité. Il n'y a pas toutefois d'idées de mort ou de projet suicidaire clairement formulé. Il dort plutôt relativement bien actuellement, même si parfois le sommeil est jugé comme moyennement réparateur. L'appétit est conservé. La libido semble en rapport avec ses habitudes, même s'il n'a pas un grand intérêt pour la sexualité: 'je suis plutôt quelqu'un de spirituel, même si je suis toujours très viril. Je n'ai pas de problème de ce côté-là'. Nous retenons parfois une légère baisse de l'énergie, de l'élan vital, mais sans qu'on puisse parler d'anhédonie, d'apragmatisme voire d'aboulie. Son investissement religieux et la relation avec son fils semblent parfaitement conservés. Il se décrit comme un homme calme mais parfois quand même assez irritable 'si mon épouse me pousse à bout, je peux m'énerver'. Il signale une légère asthénie matinale qu'il attribue au Seropram®.

Même s'il évoque à de nombreuses reprises ses troubles de l'attention, de la concentration - 'je prends quelque chose, je ne sais plus où je l'ai posé' - celles-ci ne revêtent pas un caractère hypocondriaque.

Il existe de discrets signes de la lignée anxieuse, mais ceux-ci sont insuffisants pour parler d'un trouble de l'anxiété généralisée, voire d'un trouble panique tels que définis par le DSM IV. Nous ne mettons pas en évidence de phobie simple, de claustro-agoraphobie, de phobie sociale, de phobie du sang, de troubles obsessionnels compulsifs. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique *lege artis*.

Il ne présente pas de troubles alimentaires, en particulier anorexie-boulimie.

Il dit ne pas souffrir de dépendance ou d'abus de substances psychoactives: alcool, drogues, médicaments. Il n'y a pas de tabagisme.

Le jour de l'examen, il n'existe pas de signes fondés de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée. Certains aspects d'interprétativité seront développés ultérieurement sous le 'fonctionnement de personnalité'.

E. \_\_\_\_\_ n'a pas de doléances somatiques particulières, notamment de la sphère ostéo-articulaire, urogénitale, digestive, ou neurologique.

E. \_\_\_\_\_ apparaît comme un homme authentique, sincère, qui frappe par une certaine candeur. Il apparaît parfois peu ancré dans la réalité. Il a, à l'évidence, de faibles capacités d'autocritique. Il peut facilement se montrer interprétatif et son idéation prend de temps à autre une teinte légèrement persécutoire. Cela se traduit des fois par une attitude soupçonneuse lorsqu'on évoque certains éléments du dossier en notre possession. Ce mode de pensées a pu, à certains moments de son existence, être nettement plus prépondérant.

Il se décrit comme timide, réservé. Il s'agit ici d'une sorte de gêne dans les contacts sociaux en général. Il n'a que peu ou pas d'amis

proches ou confidents et il se montre souvent déçu par les relations humaines. Même si le discours est parfois digressif, il n'y a pas réellement de rupture du fil conducteur ni d'incohérence. Il mentionne aussi l'existence de phénomènes perceptifs inhabituels et son discours traduit des préoccupations mystiques teinté de superstition: 'quand j'allais parfois me promener dans la forêt, je me suis aperçu que les animaux venaient facilement vers moi, alors que les promeneurs visiblement s'éloignaient. Je leur faisais peur. Ils se demandaient ce que je faisais ici'.

#### **4. DIAGNOSTIC**

##### **4.1. DIAGNOSTIC SELON LE DSM IV**

Axe I trouble bipolaire type II, actuellement en phase dépressive

Axe II personnalité schizotypique

Axe III\* surdité appareillée

Axe IV désinsertion socio-professionnelle: problèmes familiaux et de couple

\* L'axe III (pathologie somatique) est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car il sort du champ des compétences de l'expert psychiatre.

##### **4.2. DISCUSSION**

E.\_\_\_\_\_ est un homme d'origine espagnole, de condition socio-économique modeste qui a connu une enfance relativement difficile. Il y a de nombreux éléments qui suggèrent l'existence de carences affectives précoces. S'il n'y a pas d'éléments qui plaident en faveur d'antécédents de troubles psychiatriques significatifs de la petite enfance, de l'enfance, retenons toutefois que depuis le début de sa scolarité, il se signale par des problèmes d'attention et de concentration.

Si ce n'est la notion d'un éthylisme chez un grand-père paternel, il n'y a pas d'autres antécédents psychiatriques connus, mais il faut bien le dire, les renseignements ici sont parcellaires.

Nous retenons que E.\_\_\_\_\_ a des antécédents de troubles psychiques relativement importants depuis l'âge de 17 ans déjà, puisqu'il aura été hospitalisé. Arrêt de travail de durée de 12 mois. Un nouvel internement en clinique psychiatrique aurait été nécessaire l'année suivante en Espagne.

Sur la base des seuls éléments anamnestiques donnés par l'assuré, qui restent très lacunaires, il est très difficile de pouvoir retenir un diagnostic psychiatrique *a retro*. Deux aspects essentiels sont importants à relever sur l'évolution psychique du sujet depuis lors:

D'une part, il semble exister depuis l'adolescence un dysfonctionnement de la personnalité qui se manifeste par des problèmes relationnels répétitifs où prédominent les sentiments de préjudice, de jalousie, notamment en situation de stress, pouvant prendre une teinte franchement persécutoire. Sans être franchement délirant, il existe tout un mode de pensée avec des idées de référence, notamment religieuse, avec des phénomènes perceptifs paranormaux, associés à un discours vague, digressif, chez un sujet par ailleurs manquant totalement de capacités d'autocritique. Il s'agit probablement d'un fonctionnement de personnalité de type schizotypique qui explique, comme le relève le Dr J.\_\_\_\_\_ dans sa lettre du 17.6 les périodes où il a probablement présenté, en réponse à des stress professionnels et relationnels, de brefs épisodes psychotiques transitoires d'allure paranoïde. Ceux-ci semblent toutefois insuffisants pour qu'on puisse parler d'une

décompensation psychotique légère artis ou d'un trouble schizophrénique.

D'autre part, il est important de relever la notion de phase cyclique de l'humeur, notamment à polarité printanière, avec des épisodes d'exaltation de l'humeur dont la description pourrait correspondre à celle de phase hypomaniaque. Celles-ci alternent avec des périodes sub-dépressives, surtout ces dernières années, pour lesquels il a bénéficié d'une prise en charge chez le Dr J. \_\_\_\_\_ associée à un traitement neuroleptique et antidépresseur.

Nous ne reviendrons pas sur les circonstances de l'expertise qui sont détaillées au point 1.1.

L'objectif de cette discussion sera donc de déterminer le ou les troubles psychiatriques présentés par E. \_\_\_\_\_, leur incidence sur sa capacité de travail, les liens de causalité naturelle avec la surdité de l'assuré, l'opportunité d'entreprendre des mesures de réadaptation professionnelle. Le long entretien que nous avons eu avec E. \_\_\_\_\_, le bilan des tests psychométriques que nous lui avons fait passer, le résultat des examens paracliniques, et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes.

D'un point de vue psychopathologique, E. \_\_\_\_\_ présente actuellement un état dépressif de sévérité légère à moyenne, étant donné qu'il a répondu relativement favorablement à l'introduction d'un traitement antidépresseur de Seropram®. S'agissant d'un trouble cyclique, nous évoquerions ici en priorité un trouble bipolaire type II (DD: type I ou trouble schizo-affectif bipolaire) autrement dit un trouble de l'humeur associant à la fois des épisodes hypomaniaques et des épisodes dépressifs, plus fréquents ces dernières années.

L'aspect psychotique ou paranoïaque qu'a pu recouvrir ces épisodes s'explique par l'existence d'un trouble majeur de la personnalité de type schizotypique, atteignant ici le seuil diagnostique. Celui-ci interfère de longue date avec son fonctionnement professionnel et relationnel, dysfonctionnement qui semble s'être aggravé ces dernières années.

Le trouble de l'humeur associé à un trouble de la personnalité était présent bien avant son arrivée en Suisse. Ces pathologies psychiatriques ont déjà été à l'origine de multiples décompensations et arrêts de travail.

Il est probable que la surdité a joué un rôle défavorable dans l'évolution de ces troubles psychiques en augmentant le sentiment de perte de contrôle sur son environnement. La nécessité d'envisager de nouvelles alternatives professionnelles a aussi fait office de révélateur de dysfonctionnement de la personnalité.

Dans cette situation, l'absence de formation professionnelle, l'âge, d'éventuels problèmes linguistiques et le dysfonctionnement de la personnalité ont certainement joué un rôle majeur pour expliquer l'échec desdites mesures. Toutefois, la surdité, en tant que conséquence de son activité professionnelle, n'est qu'un élément parmi tant d'autres participant à l'aggravation éventuelle des troubles psychiques de l'assuré. Les troubles mnésiques ou de l'attention sont évidemment consécutifs à sa surdité, mais aussi à l'état dépressif actuel.

L'évolution défavorable s'explique aussi par l'existence de nombreux autres facteurs de stress, tel la perte de son statut professionnel,

une relation conjugale difficile, les troubles psychologiques de son fils unique.

Du point de vue médical, son dysfonctionnement de la personnalité interfère aussi bien entendu avec la prise en charge psychothérapeutique, puisque l'assuré n'a qu'une faible conscience morbide de ses problèmes.

**Dès lors, qu'en est-il de la capacité de travail de l'assuré(e) en fonction des troubles psychiatriques susmentionnés.**

E.\_\_\_\_\_ souffre probablement d'un trouble bipolaire type II actuellement en phase subdépressive associé à un trouble majeur de la personnalité de type schizotypique.

Ici, la souffrance morale objective ne peut pas être niée. Elle joue certainement un rôle en terme de rendement au travail (résistance au stress), même dans une activité adaptée.

L'évolution actuelle a été relativement favorable sous traitement antidépresseur bien conduit, la diminution de la capacité de travail peut encore être estimée à 40%. Dans ce type de situation, c'est surtout les possibilités de stabilisation à long terme qui sont importantes pour le maintien de sa capacité de travail.

D'un point de vue médical, celle-ci est aussi conditionnée par l'introduction d'un stabilisateur de l'humeur qui pourrait soit être un neuroleptique atypique ou du lithium. Il reste toutefois à convaincre E.\_\_\_\_\_ de suivre un tel traitement, ce qui risque d'être difficile.

**QUESTIONS DE LA SUVA**

[...]

**7. Capacités professionnelles:**

**7.1. Au regard des seuls troubles psychiques, comment appréciez-vous la capacité de travail, en termes de rendement?**

Toute activité adaptée à ses compétences et sa surdité.

**Existe-t-il cas échéant, en sus d'une baisse de rendement, une limitation horaire?**

Baisse de rendement à l'heure actuelle de 40%.

**7.2. Au regard des seuls troubles psychiques, quelles fonctions et activités sont-elles encore exigibles? Avec quel horaire et rendement?**

Toute activité adaptée à ses problèmes somatiques ou sa formation et ses motivations à un taux de 60%.

**8. Pronostic:**

**8.1. Peut-on attendre avec le temps un amendement partiel ou total du tableau psychique?**

Dépend essentiellement de la réponse et surtout de l'observance au traitement. En effet, E.\_\_\_\_\_, du fait de son fonctionnement de personnalité, n'a qu'une relativement faible conscience morbide de ses difficultés. Par conséquent, l'adhérence au traitement risque d'être problématique. Il s'agit donc d'un travail de longue haleine où l'alliance thérapeutique est essentielle.

**8.2. Si oui, dans quel délai?**

En fonction de la réponse au traitement. Eventuellement en 2   4 mois.

**8.3. Ou peut-on affirmer que lesdits troubles persisteront vraisemblablement avec au moins la même gravité la vie durant?**

Il s'agit d'une maladie chronique présente depuis l'adolescence qui persistera toute sa vie.

**8.4. Du point de vue psychiatrique, quels motifs parlent ici contre le principe de dégressivité des troubles psychiques?**

Maladie chronique dont l'évolution apparaît défavorable avec les années, car aggravation des épisodes dépressifs tant en terme de fréquence que de sévérité.

[...]

**11. Sur le plan psychique, le recouvrement d'une pleine capacité de gain est-il envisageable, le cas échéant, dans quel délai?**

Eventuellement dans un délai de 3 à 4 mois. Il est dit que l'évolution actuelle a été relativement favorable sous traitement antidépresseur bien conduit et que la diminution de la CT peut encore être estimée à 40%. Il est dit que, sur le plan psychique, le recouvrement d'une pleine capacité de gain est envisageable dans un délai de 3 à 4 mois. Par contre, si les troubles ne sont pas traités, ils peuvent s'aggraver avec le temps."

**c) aa)** Le 7 juillet 2003, le Tribunal des assurances, relevant qu'il était "apparu, au cours de procédure, que l'état de santé de l'assuré, essentiellement du point de vue psychique, s'est aggravé" a rejeté le recours, la décision attaquée étant maintenue (ch. I et II du dispositif) et le dossier retourné à l'intimé, afin qu'il en reprenne l'instruction au sens des considérants (ch. III du dispositif). Saisi par l'assuré, le TFA a fixé son taux d'invalidité à 43% au regard des atteintes somatiques à la santé ayant amené l'assuré à solliciter des prestations de l'assurance-invalidité en 1994 (TFA I 555/03 du 15 octobre 2004, consid. 4.2). Le TFA a annulé par conséquent les ch. I et II du dispositif du jugement du 7 juillet 2003 et renvoyé le dossier à l'intimé pour "fixer la rente au sens des considérants". Le ch. III du dispositif du jugement du 7 juillet 2003 n'était donc pas remis en cause, de telle sorte qu'il incombait à l'intimé d'instruire les conséquences de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré.

**bb)** Par détermination adressée le 15 octobre 2004 à l'OAI, le Dr L. \_\_\_\_\_ a, suite à un consilium avec le Dr J. \_\_\_\_\_ auquel il avait adressé l'assuré, confirmé l'incapacité de travail totale de celui-ci. En outre, il ressort cette détermination ce qui suit:

"L'examen neurophysiologique effectué a mis en évidence des troubles mnésiques importants, avec une dysfonction exécutive incompatible avec n'importe quelle tâche professionnelle. Il existe encore des troubles psychiatriques que je ne pourrais préciser, s'ils sont en conséquences ou en rapport avec les troubles organiques présentés chez le patient, mais que le psychiatre pourra décrire en détail."

Le 15 avril 2005, l'assuré écrivait à l'intimé pour lui dire qu'il acceptait un taux d'invalidité de 43% jusqu'au 31 mai 2001, mais que dès le 1<sup>er</sup> juin 2001, il estimait son invalidité totale, compte tenu de l'aggravation de son état de santé.

**d) aa)** Par plusieurs décisions de l'OAI du 18 mai 2006, l'assuré a été mis au bénéfice d'un quart de rente, fondé sur un taux d'invalidité de 43%, avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 1994.

Par acte du 16 juin 2006, l'assuré a formé opposition contre les décisions du 18 mai 2006 constatant que celles-ci ne tenaient pas compte de la dégradation de sa capacité de gain survenue le 1<sup>er</sup> juin 2001, due à une atteinte à sa santé mentale, médicalement attestée. Il a relevé qu'aucune mesure d'instruction n'avait été prise par l'OAI, afin d'expliquer ou justifier la décision entreprise, alors que tant l'expertise rendue, à la demande de la CNA, par le Dr F.\_\_\_\_\_, que les certificats médicaux établis par ses médecins traitants ont fait état d'une incapacité de travail d'origine psychiatrique. Il a en outre souligné que, contrairement à ce qu'a retenu la décision entreprise, l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ ne permettait pas de retenir que sa capacité de gain aurait été affectée par l'atteinte à sa santé mentale avant 2001 - étant observé que les troubles psychiatriques qu'il avait connus dans sa jeunesse ne l'ont en particulier pas empêché de travailler ensuite à plein temps pendant plusieurs années, d'une part, et que cet expert a relevé que ses troubles psychiques ressortaient d'une "maladie chronique présente depuis l'adolescence qui persistera toute sa vie", d'autre part.

L'assuré a alors demandé à être mis au bénéfice d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2001 au motif d'une aggravation de son état de santé. Il a estimé que le quart de rente devait être versé pour la période

allant du 1<sup>er</sup> mai au 31 décembre 1998, puis du 1<sup>er</sup> janvier au 28 février 1999. Il a également revendiqué l'allocation de dépens à hauteur de 8'000 fr.

Fin 2006, l'assuré a quitté la Suisse pour s'installer en Espagne.

**bb)** Par décision sur opposition du 16 mai 2007, l'OAI a retenu, en ce qui concerne l'aggravation de l'état de santé de l'assuré, que, selon le rapport d'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_, les atteintes étaient présentes depuis longtemps, bien avant son arrivée en Suisse. Elles étaient par ailleurs en grande partie à l'origine de l'échec des mesures professionnelles. Ces éléments médicaux étaient donc déjà présents lors de la notification de la décision du 2 septembre 1999. Il ressort en outre de cette expertise que les facteurs psychosociaux ont joué un rôle majeur dans l'évolution défavorable de l'état de santé et qu'ils n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité. Force est ainsi de constater que son état de santé, sur la base de cette expertise, ne s'est pas aggravé au point de modifier son droit à des prestations de l'assurance. Le Dr F.\_\_\_\_\_ ne précisant par ailleurs aucune date à partir de laquelle l'OAI aurait pu se baser pour admettre une éventuelle modification du droit à la rente.

Pour ce qui est de l'étendue de la rente dans le temps, l'OAI a rappelé que l'assuré avait été mis au bénéfice de mesures d'instruction et de réadaptation pour la période allant du 5 janvier 1998 au 28 février 1999 et qu'il avait également touché des indemnités journalières au sens de l'art. 22 LAI pendant cette même période. Or, selon l'art. 47 al. 1 LAI, la rente et l'indemnité journalière ne peuvent être cumulées, pendant la durée des mesures de réadaptation, que pour une période de trois mois au maximum. Ainsi, en vertu du principe de la priorité de l'indemnité journalière sur la rente, celle-ci cesse d'être versée tant que des mesures sont en cours. C'était donc à juste titre que le versement du quart de rente avait été suspendu du 1<sup>er</sup> mai 1998 au 28 février 1999.

**C. a) aa)** Compte tenu des voies de droit mentionnées dans la décision entreprise, E. \_\_\_\_\_ a, par recours du 31 mai 2007, saisi le Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF), parallèlement au Tribunal de céans. Le recourant a pris les conclusions principales suivantes:

- Dire que les prestations dues à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1997, soit les rentes accordées au recourant ainsi qu'à son épouse et leur fils commun, selon décision du 18 mai 2006, sont versées jusqu'au 31 décembre 1998.
- Dire que les intérêts moratoires sur ces prestations sont calculés jusqu'au 30<sup>e</sup> jour suivant l'entrée en vigueur de la décision du Tribunal de céans.
- Dire que les rentes accordées au recourant ainsi qu'à son épouse et leur fils commun, selon décision du 18 mai 2006, sont dues et versées dès le 1<sup>er</sup> janvier 1999.
- Dire que les intérêts moratoires sur ces prestations sont calculés jusqu'au 30<sup>e</sup> jour suivant l'entrée en vigueur de la décision du Tribunal de céans.
- Arrêter le degré d'invalidité du recourant à 100% dès le 1<sup>er</sup> juin 2001.
- Dire que, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2001, une rente entière simple d'invalidité est due au recourant, ainsi qu'une rente entière complémentaire pour son épouse et une rente entière pour leur enfant commun.
- Dire que la rente entière d'invalidité due dès le 1<sup>er</sup> septembre 2001 se substitue dès cette date à la rente déjà versée, qu'elle complète.
- Dire que des intérêts moratoires sont dus jusqu'au 30<sup>e</sup> jour suivant l'entrée en vigueur du jugement du Tribunal de céans sur la rente entière d'invalidité.
- Renvoyer le dossier à l'intimé pour fixation des nouvelles rentes AI dues dès le 1<sup>er</sup> septembre 2001, sous réserve d'un transfert du dossier à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: l'OAIE).
- Condamner l'intimé à des dépens en faveur du recourant.
- Condamner l'intimé à exécuter le jugement, sous réserve de transmission par l'intimé du dossier du recourant à l'OAIE.

Par réponse du 20 août 2007, l'OAI a conclu au rejet du recours en faisant valoir les mêmes arguments que dans sa décision sur opposition.

**bb)** Par arrêt du 15 novembre 2007, le TAF a admis le recours du 2 juillet 2007 et annulé la décision du 6 juin 2007 de l'OAI pour défaut de compétence de cette autorité et transmis la cause au Tribunal des assurances du canton de Vaud.

**b)** Par réplique du 12 février 2008, le recourant a confirmé ses conclusions sous réserve de la dernière, laquelle a été modifiée en ce sens qu'elle ne visait plus qu'à la condamnation de l'intimé à exécuter le jugement.

Par duplique du 7 mars 2008, l'OAI a confirmé sa position.

**aa)** Par courriers du 18 août 2008, un questionnaire a été soumis aux Drs L. \_\_\_\_\_, J. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_.

Le 15 septembre 2008, le Dr J. \_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit:

" E. \_\_\_\_\_ m'a été envoyé par son médecin traitant en octobre 2001 pour des troubles de la personnalité ainsi que de la mémoire et de la concentration. Mon confrère s'est posé la question de diagnostic différentiel entre des troubles obsessionnels compulsifs, des troubles bipolaires et même d'une schizophrénie par l'existence d'idées mystiques et de désintégration de la pensée.

Lorsque le patient m'a été adressé, il était en incapacité de travail à 100%, même s'il faisait preuve de volonté pour être socialement actif. Si, bien que l'évolution du point de vue psychique ait été favorable, celle-ci ne permettait pas d'envisager une capacité de travail quelconque. Depuis qu'il réside en Suisse, à ma connaissance, le patient n'a pas été en incapacité de travail durant une année au moins.

Oui, E. \_\_\_\_\_ souffre de troubles de la santé mentale qui portent atteinte à sa capacité de travail, en tous cas depuis qu'il m'a été adressé, et ceci de manière définitive. Ainsi les causes de l'incapacité de travail à 100% relèvent d'origine somatique ainsi que psychique; la part qui correspond à ma spécialité, soit troubles d'allure persécutoire, de personnalité schizotypique troubles bipolaires, idées de concernement, révèlent déjà une incapacité à 100%.

J'ai eu connaissance du dossier du Dr F. \_\_\_\_\_ et je confirme le diagnostic posé, même si mon confrère n'a pas vraiment mis

l'accent sur les idées de concernement du patient qui révèlent des symptômes de la lignée psychotique du dit patient.  
Il n'est pas possible que les troubles dont souffre E.\_\_\_\_\_ soient sans conséquence effective sur sa capacité de travail. Lorsque le patient a été suivi par mes soins, il s'est montré très compliant avec le traitement proposé."

Le 13 octobre 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_ a répondu que, dans l'expertise du 13 novembre 2002, il avait posé pour diagnostic un trouble bipolaire II en phase subdépressive associé à un trouble majeur de la personnalité de type schizotypique. En juin 2001, il a estimé que la capacité de travail du recourant dans toute activité était de 60%, essentiellement au motif de limitations psychiques. Cependant, confirmant le taux retenu dans son expertise du 13 novembre 2002, il a souligné que, sur le plan purement psychiatrique, la diminution de la capacité de travail était de 40%. Il a justifié cette incapacité de travail par la symptomatologie dépressive et le trouble de la personnalité de type schizotypique qui avait présenté de nombreuses décompensations dans le passé. Il s'agissait d'un facteur de fragilité objective. D'expérience, le Dr F.\_\_\_\_\_ a estimé que ce type de trouble de la personnalité entraînait un dysfonctionnement plus marqué avec les années, surtout en cas de dégradation de la situation personnelle du sujet. La diminution de la capacité de travail de 40% était, selon lui, effective depuis le 3 octobre 2001, date de la consultation du recourant auprès du Dr J.\_\_\_\_\_.

Le 18 décembre 2008, le Dr L.\_\_\_\_\_ a répondu qu'il traitait le recourant depuis le 29 mars 2000, que la dernière consultation avait eu lieu le 31 janvier 2007 et qu'il avait prescrit un arrêt de travail le 1<sup>er</sup> juin 2001 en raison d'un état dépressif. A son sens, la capacité de gain du recourant a été durablement atteinte à cause de troubles non somatiques depuis 2001 et de façon nette depuis 2003. Le recourant présentait des troubles de l'humeur avec notamment une incapacité importante de concentration. Il a demandé un consilium et sa prise en charge psychiatrique par le Dr J.\_\_\_\_\_.

Le Dr L.\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail de son patient était nulle de façon permanente depuis l'année 2001 pour des

raisons non somatiques. Par ailleurs, il avait demandé une expertise neuropsychologique au IST, effectuée par les spécialistes de la Division de Neuropsychologie du CHUV, qui a mis en évidence des importants troubles de mémoire avec dysfonction exécutive.

**bb)** Le 5 janvier 2009, E. \_\_\_\_\_ se déterminant sur les réponses des médecins interpellés a pris les conclusions principales suivantes:

- Dire que les prestations dues à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1997, soit les rentes accordées au recourant ainsi qu'à son épouse et leur fils commun, selon décision du 18 mai 2006, sont versées jusqu'au 31 décembre 1998.
- Dire que les intérêts moratoires sur ces prestations sont calculés jusqu'au 30<sup>e</sup> jour suivant l'entrée en vigueur de la décision du Tribunal de céans.
- Dire que les rentes accordées au recourant ainsi qu'à son épouse et leur fils commun, selon décision du 18 mai 2006, sont dues et versées dès le 1<sup>er</sup> janvier 1999.
- Dire que les intérêts moratoires sur ces prestations sont calculés jusqu'au 30<sup>e</sup> jour suivant l'entrée en vigueur de la décision du Tribunal de céans.
- Arrêter le degré d'invalidité du recourant à 100% dès le 1<sup>er</sup> juin 2001.
- Dire que dès le 1<sup>er</sup> juin 2001, une rente entière simple d'invalidité est due au recourant, ainsi qu'une rente entière complémentaire pour son épouse et une rente entière pour leur enfant commun.
- Dire que la rente entière d'invalidité due dès le 1<sup>er</sup> juin 2001 se substitue dès cette date à la rente déjà versée, qu'elle complète.
- Dire que des intérêts moratoires sont dus jusqu' au 30<sup>e</sup> jour suivant l'entrée en vigueur du jugement du Tribunal de céans sur la rente entière d'invalidité.
- Renvoyer le dossier à l'intimé pour fixation de la nouvelle rente AI due dès le 1<sup>er</sup> juin 2001, sous réserve d'un transfert du dossier à l'OAI.
- Condamner l'intimé à des dépens en faveur du recourant.

Le 12 janvier 2009, l'OAI, se déterminant sur les réponses des médecins interpellés, a admis que l'état de santé du recourant s'était

aggravé sur le plan psychiatrique depuis octobre 2001 et a retenu une incapacité de travail de 40% depuis cette date. L'OAI a donc préavisé pour l'admission partielle du recours dans le sens de l'octroi d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2002, respectivement d'un trois-quarts de rente à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004.

**c)** Le 16 février 2009, le recourant a notamment estimé que celui-ci n'avait pas tenu compte de toutes ses atteintes à la santé. Il a en outre pris les conclusions suivantes:

- Dire que les prestations dues à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1997, soit les rentes accordées au recourant ainsi qu'à son épouse et leur fils commun, selon décision du 18 mai 2006, sont versées jusqu'au 31 décembre 1998.
- Dire que les intérêts moratoires sur ces prestations sont calculés jusqu'au 30<sup>e</sup> jour suivant l'entrée en vigueur de la décision du Tribunal de céans.
- Dire que les rentes accordées au recourant ainsi qu'à son épouse et leur fils commun, selon décision du 18 mai 2006, sont dues et versées dès le 1<sup>er</sup> janvier 1999.
- Dire que les intérêts moratoires sur ces prestations sont calculés jusqu'au 30<sup>e</sup> jour suivant l'entrée en vigueur de la décision du Tribunal de céans.
- Arrêter le degré d'invalidité du recourant à 100% dès le 1<sup>er</sup> juin 2001.
- Dire que, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2001, une rente entière simple d'invalidité est due au recourant, ainsi qu'une rente entière complémentaire pour son épouse et une rente entière pour leur enfant commun.
- Dire que la rente entière d'invalidité due dès le 1<sup>er</sup> septembre 2001 se substitue dès cette date à la rente déjà versée, qu'elle complète.
- Dire que des intérêts moratoires sont dus jusqu'au 30<sup>e</sup> jour suivant l'entrée en vigueur du jugement du Tribunal de céans sur la rente entière d'invalidité.
- Renvoyer le dossier à l'intimé pour fixation des nouvelles rentes AI dues dès le 1<sup>er</sup> septembre 2001, sous réserve d'un transfert du dossier à l'OAIE.
- Condamner l'intimé à des dépens en faveur du recourant.

Par déterminations du 18 février 2009, l'OAI a renvoyé à son écriture du 12 janvier 2009. Le 1<sup>er</sup> avril 2009, il a souligné que le revenu d'invalidité de 25'800 fr. correspondait aux 60% du revenu déterminé dans la décision fixant le taux d'invalidité à 43%. En revanche, le revenu sans invalidité correspondait à ce qu'aurait pu gagner le recourant en bonne santé, y compris avant l'atteinte somatique ayant justifié le quart de rente. Il a considéré ainsi que son préavis tenait parfaitement compte de l'ensemble des atteintes à la santé dont souffrait le recourant. Il a dès lors intégralement maintenu ses conclusions.

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

**1.** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est recevable en la forme.

**2.** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; ATF 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant peut prétendre à une rente AI, et, dans l'affirmative, de quel taux.

**3. a)** La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 (RO 2002 3371), entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales.

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230, consid. 1.1; 130 V 335, consid. 1.2; 129 V 4, consid. 1.2; 127 V 467, consid. 1; 126 V 136, consid. 4b, et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93, consid. 6b; 112 V 360, consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316, consid. 3b).

En l'espèce, la procédure porte tant sur une période antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA que sur une période postérieure. En vertu du principe général de droit transitoire selon lequel, même en cas de changement de bases légales, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, il y a lieu d'examiner le droit à des prestations au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 455 et les références).

La question ne revêt toutefois pas une grande importance car les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'assurance-invalidité conservent, en règle générale, leur validité sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 345, consid. 3).

Les principes développés en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4<sup>e</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 348, consid. 3.4). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état physique ou psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224, consid. 2b, et les références; cf. aussi ATF 127 V 298, consid. 4c *in fine*; TFA I 752/04 du 24 août 2005).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003 (RO 2002 3371), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66 $\frac{2}{3}$ % au moins. Dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> décembre 2004 jusqu'au 31 décembre 2007 (RO 2003 3837; cf. art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), cette même disposition prévoit que l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**b)** S'agissant d'apprécier la dégradation de l'état de santé du recourant et ses répercussions sur son degré d'invalidité, la présente cause est ainsi régie par l'art. 41 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'en 31 décembre 2002 (TFA I 549/2003 du 17 novembre 2003, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1).

Si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est pour l'avenir augmentée, réduite ou supprimée, de sorte que tout changement important de circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (TFA I 187/2005 du 11 mai 2006, consid. 1.2; I 708/204 du 7 février 2006, consid. 2; ATF 130 V 349, consid. 3.5).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestation ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il se ne plierait pas à ses injonctions (TFA I 67/2002 du 2 décembre 2003 et la jurisprudence citée).

**c)** En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352, consid. 3a; 122 V 160, consid. 1c, et les références citées).

**4. a)** Contrairement à ce que retient la décision entreprise, le fait que les troubles psychiques dont est atteint le recourant remonteraient à son adolescence est sans pertinence, dans la mesure où ces troubles n'ont pas entraîné d'invalidité, au sens juridique du terme, jusqu'alors. En effet, depuis qu'il est adulte, le recourant a travaillé pendant plusieurs décennies à plein temps et ce n'est qu'en 2001 que l'invalidité pour cause d'atteinte à sa santé mentale est survenue, l'expert indiquant que l'atteinte à la santé mentale s'est aggravée au point d'entamer la capacité de gain.

Dès le 1<sup>er</sup> juin 2001, la capacité de travail du recourant a été déclarée nulle par son médecin traitant en raison de troubles de la santé d'origine psychiatrique. En novembre 2002, l'expert commis par la CNA a estimé qu'en raison de l'évolution "relativement favorable sous traitement antidépresseur bien conduit, la diminution de la capacité de travail pouvait encore être estimée à 40%", cette diminution étant uniquement déterminée en fonction des troubles psychiatriques constatés.

Le recourant déduit de ce qui précède que, compte tenu d'une invalidité antérieure, d'origine somatique, fixée à 43%, le degré d'invalidité du recourant est d'au moins 83% depuis le 1<sup>er</sup> juin 2001, ce pourcentage résultant de l'addition mathématique des deux taux d'invalidité. Par conséquent, le recourant avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2001. Ce raisonnement est toutefois erroné. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. L'addition du taux d'invalidité dû pour les troubles auditifs (43%) avec l'incapacité de travail de 40% attestée par l'expert psychiatre pour des atteintes psychiques ne correspond donc pas à la notion légale du taux d'invalidité. L'invalidité de 43% pour des troubles auditifs résulte de la comparaison, effectuée après les mesures de réadaptation en 1999, des revenus que l'assuré pouvait obtenir dans son ancienne activité de tôlier avec ceux qu'il pourrait réaliser dans une

activité adaptée à ses problèmes auditifs. Les problèmes psychiques s'étant aggravés en 2001 au point de diminuer de 40% la capacité de travail du recourant, il conviendra de calculer le taux d'invalidité en soustrayant 40% au revenu réalisé dans une activité adaptée.

**b)** En l'occurrence, l'intimé admet une péjoration de l'état de santé du recourant depuis 2001, mais les parties divergent sur l'ampleur de la capacité de travail résiduelle du recourant, ainsi que sur la date de la péjoration précitée.

Le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, retient une diminution de la capacité de travail du recourant de 40% "au motif de ses limitations psychiques", en considérant que l'incapacité de travail retenue par son confrère L.\_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine générale, "ne devrait pas être déterminante pour les troubles psychiques de l'assuré". Le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, auquel le recourant a été adressé par son médecin traitant et qui le suit depuis octobre 2001, retient que le recourant "souffre de troubles de la santé mentale qui portent atteinte à sa capacité de travail. (...) Les causes de l'incapacité de travail à 100% relèvent d'origine somatique ainsi que psychique". Pour ce psychiatre, "la part qui correspond à ma spécialité, soit troubles d'allure persécutoire, de personnalité schizotypique, troubles bipolaires, idées de concernement, révèlent déjà une incapacité à 100%". L'appréciation du Dr L.\_\_\_\_\_, qui suit le recourant depuis plusieurs années, est identique et il considère également que sa capacité de travail est "nulle de façon permanente depuis d'année 2001 par des raisons non somatiques".

Le recourant soutient qu'il faut suivre l'évaluation de la capacité de travail des médecins traitants (incapacité totale de travail), au motif que l'expert psychiatre ne s'est pas prononcé globalement sur les atteintes du recourant, se concentrant uniquement sur les facteurs psychiatriques pour retenir une incapacité de travail de 40%. Il faut toutefois constater que le Tribunal fédéral a définitivement confirmé que les atteintes somatiques (troubles auditifs) ne provoquent pas d'incapacité

totale de travail dans une activité adaptée. Depuis lors, le recourant n'a présenté aucune nouvelle atteinte somatique ou une aggravation des troubles auditifs justifiant une révision de cette appréciation comme le relèvent de manière concordante tous les médecins consultés. Seuls des troubles psychiques ont aggravé l'état de santé du recourant depuis juin 2001. Selon les médecins traitants, ces troubles justifient à eux seuls une incapacité totale de travail alors que l'expert psychiatre l'évalue à 40%. Il faut toutefois privilégier l'avis de l'expert psychiatre à celui des médecins traitants, et ce en raison des rapports de confiance qui lient ces derniers à leur patient.

Comme le Tribunal fédéral l'a rappelé récemment, ce principe n'est pas absolu, le juge pouvant s'écarter de l'avis de l'expert, notamment en présence de rapports émanant de spécialistes et comportant des éléments de nature à mettre en doute l'appréciation de l'expert (TF 9C\_206/2008 du 16 décembre 2008, consid. 2.1), étant rappelé en outre que ce n'est pas l'intitulé d'un document qui est déterminant, mais son contenu (ATF 125 V 352, consid. 3a; 122 V 160, consid. 1c, et les références citées). En l'occurrence, les médecins traitants n'apportent aucun élément de nature à mettre en doute l'appréciation de l'expert. Les troubles mnésiques et de l'attention ont été pris en compte par l'expert qui relève que ceux-ci sont consécutifs à la surdité et à l'état dépressif actuel. L'expert constate que le licenciement, l'échec des mesures de réadaptation et les problèmes familiaux sont de nature à décompenser les troubles de la personnalité du recourant. Il note toutefois que le nouveau traitement antidépresseur, qui est bien suivi par le patient, a permis d'avoir un effet bénéfique sur la capacité de travail du recourant. Au surplus, son rapport comporte une anamnèse circonstanciée, prend en compte les plaintes du recourant et contient des conclusions motivées ainsi que les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'appréciation des médecins traitants.

La péjoration de l'état de santé du recourant a été constatée par son médecin traitant en juin 2001. Le médecin psychiatre auquel le recourant a été adressé en octobre 2001 mentionne pour sa part que

lorsqu'il "lui a été adressé, il était en incapacité de travail à 100%, même s'il faisait preuve de volonté pour être socialement actif", ce qui implique donc nécessairement que l'incapacité de travail est antérieure à octobre 2001. L'expertise mise en œuvre par la CNA mentionne également que la capacité de travail était réduite en juin 2001 à 60% "essentiellement ici au motif de ses limitations psychiques", confirmant ainsi que la réduction de la capacité de travail du recourant due à une péjoration de son état de santé remonte à juin 2001. Une lecture coordonnée et objective des différents rapports médicaux établis permet ainsi de retenir que la capacité de travail du recourant était réduite de 40% depuis le 1<sup>er</sup> juin 2001 et non depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2001.

A la lecture du rapport du Dr F.\_\_\_\_\_, qui a pleine valeur probante, il convient d'admettre que l'état de santé s'est aggravé sur le plan psychiatrique depuis le 1<sup>er</sup> juin 2001 et de retenir une incapacité de travail de 40% depuis cette date.

**c)** Selon la jurisprudence rendue en application de l'art. 41 aLAI, toujours valable sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343), la décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413, consid. 2d, et les références). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343, consid. 3.5; 113 V 273, consid. 1a; 112 V 371, consid. 2b; 112 V 387, consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343, consid. 3.5.2; 125 V 368, consid. 2; 125 V 368, consid. 2b; 125 V 387,

consid. 1b, et les références). Il faut dès lors comparer au plan économique les circonstances qui se présentaient en 1999 (année à partir de laquelle l'OAI a dû déterminer selon une approche théorique un revenu dans une activité adaptée à la suite de l'échec des mesures de réadaptation) avec celles régnant le 1<sup>er</sup> septembre 2001 (3 mois après la date de l'aggravation de l'état de santé - art. 88 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). Il faut également relever que l'OAI n'a pas dans ces dernières déterminations indexé le revenu annuel sans invalidité du recourant à 2001 ni le revenu d'invalidé.

Le recourant relève que l'intimé n'applique aucun facteur de réduction au gain potentiel estimé, alors qu'il convient selon la jurisprudence d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique qui tienne compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier.

Le recourant a présenté une incapacité de travail durable depuis qu'il a cessé son activité de tôlier, soit le 1<sup>er</sup> juillet 1994. Il a bénéficié de mesures de réadaptation d'ordre professionnel. Dans un premier temps, il a effectué, selon ses vœux, des stages auprès de diverses institutions du secteur social en vue d'y acquérir une formation d'aide-soignant. Ces mesures n'ont pas abouti. L'administration a alors décidé d'encadrer l'intéressé dans un projet rationnel et adéquat, au besoin assorti d'une courte période de mise au courant en entreprise. Le stage de trois mois, initialement prévu à cet effet du 25 janvier au 24 avril 1999 auprès du Centre d'intégration professionnelle OSER, a également échoué, de sorte que l'OAI l'a interrompu prématurément avec effet au 26 février 1999. Dans leur rapport du 19 février 1999, les responsables du centre OSER ont notamment indiqué que le recourant pourrait être réadapté dans un emploi de magasinier en pièces détachées pour autos, ou dans le secteur de la vente (kiosque, quincaillerie, etc.), activités pour lesquelles une mise au courant en entreprise serait nécessaire. Ainsi, diverses mesures de réadaptation professionnelles ont été mises en place entre le 23 octobre 1995 et le 26 février 1999 assorties d'indemnités journalières. Dans ce genre d'activité, le recourant pourrait réaliser en

1999 en revenu d'invalidé de 43'000 fr. (ce montant non contesté a été confirmé par le TFA dans son arrêt I 555/03 du 15 octobre 2004). Il est rappelé que selon l'art. 47 al. 1 LAI, la rente et l'indemnité journalière ne peuvent être cumulées, pendant la durée des mesures de réadaptation, que pour une période de trois mois au maximum, raison pour laquelle le versement du quart de rente a été suspendu.

Le revenu annuel sans invalidité du recourant a été arrêté à 75'679 fr. pour 1999 par le TFA (arrêt I 555/03 du 15 octobre 2004, consid. 4.2). Le revenu sans invalidité doit être adapté, selon l'évolution des salaires nominaux de la branche d'activité, à la date déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (VSI 2000 p. 310; TFA I 324/02 du 20 mars 2003, consid. 5.2 - connu de l'intimé et du Tribunal de céans; cf. aussi ATF 129 V 222, consid. 4.2). En l'absence de convention collective applicable aux tâliers (cf. rapport intermédiaire de l'OAI du 30 août 2001), il convient de se fonder sur les données statistiques (secteur secondaire: 106,6 points pour 2000 et 109,5 points pour 2001 - cf. Indices des salaires nominaux 1993-2001), soit un montant de 78'922 fr. 50. Dès lors, le revenu d'invalidé doit être déterminé sur la base d'une capacité de travail exigible de 60%, ce qui donne un montant de 26'905 fr. 70 (44'842 fr. 85 [secteur secondaire: 106,6 points pour 2000 et 109,5 points pour 2001] x 60%). Ce gain, comparé au revenu sans invalidité de 78'922 fr. 50, donne un taux d'invalidité de 65.9%. En l'occurrence, il est impossible de procéder à un abattement prévu par la jurisprudence, car le revenu d'invalidé n'est pas basé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS).

Ce taux ouvre dès lors le droit, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2001, soit après les trois mois d'aggravation prévus à l'art. 88a al. 2 RAI, à une demi-rente (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003). Suite à l'entrée en vigueur de la 4<sup>e</sup> révision de l'assurance-invalidité, un tel taux donne droit à un trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007).

**5.** En cas de paiement de prestations arriérées, des intérêts moratoires sont dus (art. 22 al. 2 LPGA). Selon la jurisprudence du TFA,

l'examen du droit aux intérêts moratoires pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2003 intervient selon les principes établis à l'ATF 119 V 78 alors que, pour la période postérieure, il convient d'appliquer l'art. 26 al. 2 LPGA (ATF 130 V 329). Selon la jurisprudence antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, des intérêts moratoires ne sont en principe pas dus dans les assurances sociales, à moins qu'ils ne soient prévus par la loi (ATF 119 V 78, consid. 3a; 113 V 50). C'est donc uniquement en vertu des dispositions de la LPGA, que des intérêts moratoires sont dus, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003 (ATF 131 V 358).

Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 (cf. également ATF 130 V 329), la LPGA prévoit expressément une réglementation en matière d'intérêts moratoires, réglementation qui demeure particulière et propre au droit des assurances sociales. Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt 12 mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe (ATF 131 V 358, consid. 2.2; 130 V 334, consid. 6.2; Kieser, ATSG-Kommentar, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>e</sup> éd., Zurich 2004, ch. 41 *ad* art. 26).

Il s'ensuit que la décision attaquée doit être réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2001 avec intérêt à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003 (ATF 131 V 358, consid. 2.2; 130 V 329, consid. 6.2), respectivement à un trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004 avec intérêt à 5 % l'an dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Elle est confirmée pour le surplus.

**6.** 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (cf. la disposition

transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquelles doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires. L'avance de frais par 1'000 fr. effectuée par le recourant lui sera remboursée.

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD), comprenant une participation aux honoraires de son avocat, fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA; art. 7 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008 [RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure et du défaut d'instruction par l'OAI de l'aggravation de l'état de santé du recourant à partir du 1<sup>er</sup> juin 2001 en violation du ch. III du dispositif du jugement du Tribunal des assurances du 7 juillet 2003, il y a lieu de fixer à 3'000 fr. l'indemnité à verser par l'OAI au recourant à titre de dépens.

**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 attaquée est réformée en ce sens que le recourant E.\_\_\_\_\_ a droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2001 avec intérêt à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003, respectivement à un trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, avec intérêt à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Elle est confirmée pour le surplus.
- III. Le présent arrêt est rendu sans frais.

- IV.** Une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs), à verser au recourant E. \_\_\_\_\_ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office cantonale de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président:

Le greffier:

**Du**

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

- Me Bertrand Reich (pour E. \_\_\_\_\_)
- Office cantonale de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédérale 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).

Le greffier: