

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 octobre 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : Mme Thalmann et M. Gerber, juge suppléant
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

W._____, à Aigle, recourant,

et

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

Art. 8 al. 1, 17 et 26 al. 2 LPGA; art. 4 al. 1, 28 et 36 al. 2 LAI; art. 29 LAVS

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après: l'assuré) souffre d'une surdité bilatérale (sévère à gauche et profonde à droite) depuis sa naissance le 2 février 1967. Il a bénéficié de la part de l'assurance invalidité de mesures médicales jusqu'à sa majorité, d'appareillages acoustiques et d'une formation scolaire spéciale pour sourds. Il a mené à bien un apprentissage de monteur-électricien.

Suite à un test d'audiométrie réalisé en 1999 par le Dr A._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie à Aigle, la perte d'audition de l'assuré oscillait entre 40 dB (à 250 Herz) et 70 dB à gauche et entre 80 dB et 95 dB à droite.

L'assuré a travaillé comme monteur-électricien chez F._____ jusqu'en 2001, a été placé à la Z._____ entre 2002 et 2004 par D._____. Il travaillait à plein-temps auprès de l'entreprise T._____ SA SA depuis le 6 décembre 2004 avec un salaire mensuel brut de 5'000 fr., soit 65'000 fr. par an. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 3 mai 2005, alors qu'il se déplaçait dans le parking souterrain d'un chantier, l'assuré a été victime de l'explosion d'un gros pétard, qui a explosé à environ deux mètres derrière lui. Il a perdu connaissance quelques instants, le bruit ayant été amplifié par l'appareillage auditif qu'il portait. Lorsqu'il a repris connaissance, il n'entendait plus rien et a ressenti des vertiges. Il a appelé avec son téléphone portable le responsable du chantier qui l'a conduit au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV).

L'assuré a porté plainte suite à cet événement. Selon le rapport de police du 4 mai 2005, il a déclaré avoir déjà eu des vertiges sur

un chantier en 1997, vertiges qu'il associait à des variations d'altitude ou aux changements de pression.

Selon un rapport médical du 23 mai 2005 des Drs V. _____ et L. _____, de l'unité d'oto-neurologie du CHUV, l'assuré a présenté suite à l'explosion du pétard un vertige rotatoire avec un acouphène très intense bilatéral et une très forte hypoacousie gauche. Lors du dernier examen, le 9 mai 2005, l'assuré a fait valoir une amélioration, ne souffrant plus de vertiges mais plutôt d'un acouphène bilatéral avec toujours la sensation d'hypoacousie à gauche. Selon l'audiogramme tonal du 3 mai 2005, l'assuré souffrait d'une surdité de perception gauche avec des seuils entre 90 dB et 105 dB. Les Drs V. _____ et L. _____ ont posé le diagnostic de surdité bilatérale ancienne appareillée à gauche depuis 1999 et une probable aggravation par traumatisme acoustique avec acouphène.

D'après un rapport médical du 11 mai 2005, le Dr M. _____, psychiatre du service de psychiatrie du CHUV, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) et une modification de la personnalité due à un trouble organique (F09).

Selon le rapport médical du 13 juin 2006 du Dr L. _____, spécialiste en oto-rhinolaryngologie, la surdité sévère à gauche et profonde à droite était stable sur les deux examens audiométriques pratiqués après l'accident et compensée au dernier examen audiométrique disponible. Ce médecin a diagnostiqué une probable aggravation de la surdité par traumatisme acoustique et acouphène.

D'après le rapport médical du Dr A. _____, du 29 juin 2005, l'assuré présentait suite à l'accident une forte aggravation de sa surdité gauche préexistante avec des bourdonnements d'oreille intenses. Lors de l'examen du 25 mai 2005, la surdité bilatérale était plus marquée à droite qu'à gauche, autour de 60 dB à gauche en plateau et de 90 dB en plateau à droite. Les tympans étaient en revanche intacts cliniquement. Le traitement de Sibelium (médicament contre les migraines) et de Nootropyl

(médicament contre les vertiges ou un déficit pathologique cognitif et neurosensoriel chronique) est resté sans effet.

Selon le rapport de l'inspecteur de la CNA du 7 juillet 2005, les sifflements ressentis par l'assuré pouvaient durer entre deux minutes et parfois une demi-heure, provoquant des maux de tête. L'assuré a souffert en 2001 de la maladie de Ménière, c'est-à-dire d'une affection due à une atteinte de l'oreille interne qui prend la forme d'épisodes imprévisibles et récurrents de vertige, qui s'accompagnent d'acouphènes et d'une baisse d'audition. Cette maladie l'a mis en incapacité totale de travail durant plus d'un an. Par la suite, la situation s'est un peu rétablie, mais l'intéressé a continué à mal supporter les milieux bruyants.

Suite à une expertise pré-appareillage le 19 juillet 2005, le Dr A._____ a relevé que le status ORL était en ordre. En audiométrie tonale, il a constaté une perte auditive de 80% à gauche et de 100% à droite.

Selon un rapport du Dr A._____ du 23 août 2005, l'assuré se plaignait encore d'une impression d'aggravation de sa surdité et de vertiges qui le handicapaient passablement. Objectivement, il a constaté une aggravation initiale de la surdité de 5 à 10 dB à droite et de 10 à 15 dB à gauche, qui était revenue au stade initial lors du contrôle du 19 juillet 2005. Si l'adaptation d'une nouvelle audioprothèse était en cours à ce moment, aucun traitement médical n'a été attesté. Ce médecin a estimé que l'assuré pouvait reprendre le travail à 50% dès le 25 juillet 2005, puis à 100% dès le 8 août 2005.

Le Dr P._____, spécialiste FMH en médecine générale à Ollon, a certifié une incapacité de travail dès le 25 juillet 2005 jusqu'au 30 septembre 2005. Selon un rapport médical du 16 septembre 2005, il a diagnostiqué une persistance de l'acouphène ainsi qu'une difficulté majeure d'adaptation avec troubles anxieux.

L'entreprise T._____ SA SA a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 30 novembre 2005.

Selon un rapport médical du 3 décembre 2005 du Dr P._____, l'assuré souffrait de la persistance définitive d'un acouphène important ainsi que d'un trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive. Il a attesté du suivi par l'intéressé d'un traitement par antidépresseur et anxiolytique.

Suite à un téléphone à la CNA le 8 février 2006, l'assuré a déclaré souffrir de sifflements dans les oreilles, l'empêchant de dormir et le gênant fortement.

Selon un rapport du 9 février 2006 du Dr Q._____, spécialiste FMH en oto-rhinolaryngologie de la section médecine du travail de la CNA, la perte auditive préalable à l'accident de l'assuré correspondait à une perte d'intégrité de 60%. Après l'accident, la diminution notable de l'audition correspondait à une perte d'intégrité de 65%, de sorte qu'un taux de 5% résultait de l'accident. S'agissant de l'incapacité de travail, ce médecin a estimé qu'une période d'environ un mois après l'accident était, en raison du traitement médicamenteux, à charge de l'assurance-accidents. Les éventuelles incapacités ultérieures de travail étaient avec une grande vraisemblance sans lien de causalité avec l'accident.

Selon un rapport médical du Dr V._____, de l'unité d'oto-neurologie du CHUV, daté du 11 avril 2006, l'assuré souffrait d'une surdité congénitale bilatérale appareillée ainsi que d'un traumatisme acoustique le 3 mai 2005 ayant entraîné un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive et modification de la personnalité, un acouphène chronique perturbateur et un trouble fonctionnel de l'équilibre. L'examen oto-neurologique s'est avéré normal, sans évidence d'une atteinte vestibulaire organique. L'examen posturographique a révélé par contre une perturbation du champ d'équilibre et du contrôle postural. Au vu du tableau clinique, l'intéressé présentait un acouphène chronique décompensé et un trouble fonctionnel de l'équilibre dans le contexte d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive consécutif à un traumatisme sonore en mai 2005. Du fait que l'assuré

avait été pris en charge sur le plan psychiatrique et était sous traitement médical (Xanax et Tranxilium), une nouvelle prise en charge à la consultation acouphène n'était pas impérative. L'évaluation de la capacité de travail était essentiellement du ressort du médecin psychiatre. Les vertiges et les troubles de l'équilibre pouvaient être améliorés par une physiothérapie vestibulaire psychomotrice.

Selon un rapport médical du 17 mai 2006 du Dr P._____, les acouphènes bilatéraux persistaient tant dans leur intensité que dans leur permanence et étaient très perturbateurs, rendant difficile le port des appareils acoustiques et impossible une reprise du travail, en milieu bruyant tout au moins. Selon ce médecin, la persistance des acouphènes, de l'hypoacousie, des céphalées et des troubles du sommeil entraînaient des troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive.

Lors d'un entretien le 15 novembre 2006 avec un inspecteur de la CNA, l'assuré a déclaré ne pas avoir récupéré son équilibre malgré les séances de physiothérapies, ce qui l'empêchait de courir. Il a déclaré souffrir encore en permanence de forts sifflements dans les oreilles, ce qui perturbait fortement son sommeil. En raison de ces acouphènes, il n'osait pratiquement plus sortir de chez lui et passait par des moments d'angoisse. Le traitement psychiatrique avait été arrêté après six séances, car le Dr C._____, psychiatre FMH à Montreux, lui aurait dit qu'il ne pouvait plus rien faire pour lui, que le seul moyen d'améliorer la situation était de poursuivre la physiothérapie.

Selon un rapport médical du 25 janvier 2007 établi par le Dr C._____, l'assuré souffrait encore depuis son accident acoustique du 3 mai 2005 de troubles importants avec acouphènes, de perte d'équilibre, de maux de tête, de difficultés à se concentrer, d'une symptomatologie psychique réactionnelle à cette symptomatologie somatique. De l'avis de ce spécialiste, l'intéressé était incapable de travailler et ceci probablement pour une longue durée.

La CNA a, conjointement avec l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), organisé une expertise psychiatrique et en a chargé le Dr B._____, spécialiste FMH en psychiatrie à Pully. Selon l'expertise du 1^{er} octobre 2007, les troubles psychiques étaient apparus de manière évidente à partir de 2001. Les troubles rattachés à la maladie de Ménière (pertes de connaissance avec vertiges) étaient indiscutablement déjà des troubles de conversion ou des troubles dissociatifs sans aucune origine traumatique ou somatique mais exclusivement psychologique; l'accident du 3 mai 2005 avait causé une frayeur anormale à l'expertisé et réactivé ses troubles. Ceux-ci se sont progressivement amplifiés pour des motifs totalement étrangers à l'accident. L'assuré s'est senti victime depuis sa naissance. Le fait que le juge d'instruction pénale ait rendu un avis de non-lieu le 29 juin 2005 suite au dépôt de plainte en raison de l'accident subi, que la CNA ait décidé de l'arrêt des prestations et que l'employeur l'ait licencié avaient tous été des facteurs ayant amplifié le sentiment d'injustice et les troubles de l'expertisé.

Au cours du premier entretien effectué par l'expert, l'assuré n'avait manifesté à aucun moment la moindre gêne due aux acouphènes; suite aux questions de l'expert lors du second entretien, l'intéressé avait manifesté à plusieurs reprises des difficultés. Le Dr B._____ a posé comme diagnostic un trouble dissociatif (F 44.6). Les plaintes de vertiges, de malaises et d'acouphènes n'avaient aucun substrat anatomo-pathopsychologique, mais étaient l'expression d'un trouble dissociatif. En revanche, cet expert n'a retenu ni le diagnostic d'épisode dépressif ni celui d'une modification durable de la personnalité. Selon lui, les troubles que présentait l'assuré étaient sans lien de causalité naturelle avec l'accident à proprement parler. Le pétard a provoqué une réaction de panique, voire une stupeur dissociative. Les troubles se sont amplifiés progressivement lorsque l'expertisé n'a pas été reconnu comme victime. Ces troubles sont apparus vraisemblablement en réaction à des facteurs de stress et à une absence de signes de reconnaissance. Le Dr B._____ a douté qu'un traitement psychiatrique pût permettre une amélioration notable des troubles psychiques en raison du refus de l'expertisé d'admettre que ses

troubles fussent d'origine psychique d'une part et de ses capacités très limitées de mentalisation d'autre part. De l'avis de l'expert, seul un traitement psychothérapeutique pouvait permettre une amélioration de l'état de santé, pour autant que l'assuré le décide de son plein gré.

D'un point de vue psychiatrique, le rendement de l'assuré a été considéré comme étant légèrement diminué par les troubles psychiques; de plus, l'assuré était très sensible aux facteurs de stress et pouvait être affecté par des exigences de rendement élevées. L'assuré devait pouvoir exercer son métier de monteur-électricien et travailler dans un premier temps à mi-temps, soit 50% par période de demi-journée. Cet horaire devait pouvoir progressivement être augmenté à 70% puis à terme à 100%, quoiqu'avec un rendement légèrement diminué. Il était évident que l'assuré devait, en raison de ses troubles, pouvoir travailler dans une ambiance peu bruyante et avec des exigences de rendement pas trop élevées. Il était à craindre que la symptomatologie dissociative ne persistait et n'obère toute activité professionnelle future. Les seules limitations fonctionnelles tenaient à la surdité de l'assuré: ambiance de travail peu bruyante, attention à une communication orale toujours soutenue par la vision.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans son avis médical du 8 janvier 2008, notamment après lecture de l'expertise du Dr B._____, le Dr H._____, du SMR, a retenu que l'assuré présentait une fragilité psychologique et une rigidité importante avec des difficultés d'adaptation majeures ainsi que des traits paranoïaques; il a évalué l'incapacité de travail à 50%, proposant une réévaluation d'ici une année.

Dans son avis médical du 21 avril 2008, le Dr K._____, du SMR, a retenu le diagnostic de trouble dissociatif F44.6 sous forme de malaise, de vertiges et d'acouphènes, avec comme limitation fonctionnelle une surdité congénitale appareillée. Il a également retenu une incapacité de travail de 100% du 3 mai 2005 au 15 février 2008 et une capacité de

travail de 50% dès le 2 décembre 2007 dans l'activité antérieure, suggérant une révision dans douze mois.

Dans son rapport médical du 25 juin 2008, le Dr Q._____ a constaté que l'acouphène de l'assuré n'avait pas été analysé de manière complète jusqu'alors. Il a déduit de l'absence d'informations jusqu'en 2006 sur l'évolution de l'acouphène que celui-ci n'était pas trop proéminent. S'agissant de l'évolution depuis son rapport précédent du 9 juin 2006, ce médecin a constaté que les rapports médicaux ne mentionnaient l'acouphène que de manière accessoire, tandis que les atteintes psychiques étaient prédominantes. Il a déduit de la remarque du Dr B._____ selon laquelle l'assuré n'avait manifesté de gêne liée à l'acouphène seulement après des questions y relatives que cet acouphène était progressivement devenu secondaire ("ist im Verlaufe der Zeit in den Hintergrund getreten"). Le Dr Q._____ a qualifié l'acouphène de moyennement compensé et donc de grave au sens du tableau 13 des atteintes à l'intégrité. Cela justifiait l'octroi d'une indemnité supplémentaire pour atteinte à l'intégrité de 5%. En revanche les troubles de l'équilibre, n'ayant aucun substrat organique, n'étaient certainement pas des conséquences organiquement motivées de l'accident. Si un traumatisme acoustique d'une acuité relativement légère pouvait provoquer au début des troubles de l'équilibre, il ne conduisait en règle générale pas à des troubles persistants de l'équilibre ni à des atteintes objectivables et organiques du système de l'équilibre. En conclusion, ni les troubles psychiques ni les troubles de l'équilibre étaient des conséquences organiques du traumatisme acoustique aigu subi par l'assuré.

Dans un rapport complémentaire du 10 juillet 2008, le Dr Q._____ a estimé que le traitement oto-rhinolaryngologique était certainement achevé, car aucune autre thérapie ne pouvait induire une modification déterminante de l'état de santé de l'assuré. Il a été d'avis que l'acouphène ne limitait la capacité de travail de l'assuré qu'en excluant les activités requérant de hautes exigences acoustiques, voire, suivant les cas, des activités impliquant du bruit. L'activité professionnelle de l'assuré comme monteur électricien pouvait être limitée voire exclue

sur des chantiers en raison du bruit provoqué par les autres ouvriers; elle pouvait en revanche être exercée sans limitation dans un atelier.

B. Le 18 juillet 2005, W. _____ a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une mesure de placement, se prévalant de séquelles d'une explosion sur son ouïe. Par décision du 26 avril 2006, l'OAI a pris en charge deux appareils acoustiques conformément au niveau de déficience auditive 3.

Le 2 juin 2008, l'OAI a envoyé à l'assuré un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} mai 2005 avec passage à une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2008. Lors d'un entretien le 30 juin 2008 avec des collaboratrices de l'OAI, l'assuré a contesté la capacité de travail exigible de 50%.

Par décision du 20 novembre 2008 complétée le 16 décembre 2008, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière dès le 1^{er} mai 2006 s'élevant par mois à 1'789 fr. en 2006 et à 1'839 fr. en 2007, puis une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2008 s'élevant à 920 fr. par mois. Cette décision a fixé le revenu sans invalidité à 62'749 fr. et le revenu d'invalidé, depuis le 1^{er} octobre 2007, à 28'237 fr. compte tenu d'un abattement de 10% résultant des limitations fonctionnelles liées au handicap et de la difficulté de l'assuré à retrouver une activité de 50%.

C. Par acte du 3 décembre 2008, W. _____ a recouru contre cette décision au Tribunal des assurances. Il a conclu à la modification de celle-ci en ce sens que le revenu sans invalidité soit fixé à 65'280 fr. et le revenu d'invalidé à 34'560 fr., conformément à la convention collective de travail applicable en 2008. Sur cette base, il a également contesté la fixation du revenu annuel moyen déterminant.

Dans sa réponse du 13 février 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Dans ses déterminations des 10 mars et 18 avril 2009, le recourant a demandé "une ouverture d'audience" et, dans ce dernier courrier, étendu ses conclusions au paiement par l'AI d'une rémunération pour un stage suivi du 10 au 21 novembre 2008 auprès de l'entreprise X. _____ Sàrl à Veytaux.

D. Le dossier de la procédure de la CNA a été versé au dossier de la présente cause. Il en résulte notamment qu'en date du 28 avril 2006, la CNA a rendu une décision par laquelle elle a octroyé à l'assuré une indemnité de 5'340 fr. pour une atteinte à l'intégrité de 5% en raison de la diminution de l'audition. Par décision du même jour, la CNA a mis un terme aux prestations d'assurance-accidents avec effet au 28 février 2006 au motif que les troubles qui subsistaient encore avaient une cause psychique qui n'était pas dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident du 3 mai 2005. En date du 18 mai 2006, l'assuré a fait opposition à la décision du 28 avril 2006. Le 6 novembre 2006, la CNA l'a informé qu'elle reprenait le versement des prestations d'assurance au-delà du 28 février 2006, avec versement de l'indemnité journalière à compter du 1^{er} mars 2006.

Par décision du 5 février 2008, la CNA a mis un terme avec effet au 15 février 2008 aux prestations d'assurance pour défaut de lien de causalité entre l'accident et les troubles annoncés. Par acte du 3 mars 2008, l'assuré a fait opposition à cette décision. La caisse-maladie de ce dernier en a fait de même par acte du 28 mai 2008. Par décision sur opposition du 18 juillet 2008, la CNA a admis partiellement les oppositions et octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire de 5%; elle a rejeté les oppositions pour le surplus.

Le 9 septembre 2008, l'assuré a fait recours contre cette décision sur opposition. Par arrêt de ce jour, la Cour de céans admet le recours et renvoie la cause à la CNA pour complément d'instruction (cause AA 90/08).

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, 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).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent; respectant pour le surplus les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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 applicable dans le cas présent (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).

2. a) 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 131 V 164; 125 V 413 c. 2c; 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) La décision du 20 novembre 2008 porte exclusivement sur l'octroi d'une rente. Les conclusions du 18 avril 2009 relatives à la rémunération d'un stage accompli en novembre 2008 auprès de l'entreprise X. _____ Sàrl à Veytaux sont irrecevables, car elles excèdent l'objet de la décision attaquée.

3. Dans ses déterminations des 10 mars et 18 avril 2009, le recourant demande une audience, question qu'il convient d'examiner à titre préalable.

a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances doit être simple, rapide et, en règle générale, publique; si les circonstances le justifient, les parties peuvent être convoquées aux débats (art. 61 let. a et e LPGA). Aux termes de l'art. 30 al. 3 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999, RS 101), l'audience et le prononcé du jugement sont publics. La loi peut prévoir des exceptions. Cette disposition constitutionnelle ne confère pas au justiciable de droit à une audience publique dans toutes les causes visées à l'art. 30 al. 1 Cst., c'est-à-dire celles qui donnent droit à un contrôle judiciaire. Elle se limite à garantir, lorsqu'il y a lieu de tenir une audience, que celle-ci se déroule publiquement, sauf exceptions prévues par la loi (ATF 128 I 290 c. 2; TF 9C_185/2009 du 19 août 2009 c. 2.2.3).

L'art. 6 § 1 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, RS 0.101) garantit à chacun le droit à un examen équitable et public de sa cause, englobant en principe le droit pour une partie de pouvoir être entendue oralement devant un tribunal lors d'une séance publique, pour autant qu'elle n'y ait pas explicitement ou implicitement renoncé. A cet égard, l'obligation d'organiser des débats publics suppose une demande, formulée de manière claire et indiscutable, de l'une des parties au procès; de simples requêtes de preuve, comme des demandes tendant à une comparution ou à une interrogation personnelle, à un interrogatoire des parties, à une audition de témoins ou à une inspection locale, ne suffisent pas pour fonder une semblable obligation. Saisi d'une demande tendant à

l'organisation de débats, le juge cantonal doit en principe y donner suite. A titre exceptionnel, il peut y renoncer dans les cas énumérés à l'art. 6 § 1 deuxième phrase CEDH. En outre, en matière d'assurances sociales, il est admissible de refuser la tenue d'une audience publique malgré une requête expresse du justiciable quand il s'agit de questions hautement techniques ou pour tenir compte de l'exigence de la célérité du procès (ATF 136 I 279 c. 1; 122 V 47 c. 3 p. 53 et les références citées; TF 9C_185/2009 du 19 août 2009 c. 2.2.3).

b) En l'espèce, le recourant demande "une ouverture d'audience". Cette formulation n'est pas limpide, il n'est pas certain qu'il faille l'interpréter comme une demande d'être entendu dans le cadre d'une audience publique. On pourrait en effet comprendre aussi que le recourant requiert une ouverture de dossier ou un traitement effectif de sa cause. Dans la mesure où le recourant ne requiert pas de complément d'instruction ni l'audition des parties ou de témoins, la tenue d'une audience ne s'avère pas nécessaire. Dans ces conditions, on ne saurait interpréter la requête de l'assuré comme une demande non équivoque d'audience publique du tribunal au sens de l'art. 6 § 1 CEDH (pour des cas similaires: TF 9C_185/2009 du 19 août 2009 en part. c. 2.2.4; ATF 136 I 279 c. 1).

4. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{er} in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, c. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4; 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 2c; 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 125 V 351 c. 3a et les arrêts cités; 134 V 231 c. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, c. 2.1.1).

c) Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les arrêts cités; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 c. 2a).

d) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 c. 2d et les arrêts cités; TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 c. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 c. 3). Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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 dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques -

une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5b; 125 V 368 c. 2; 112 V 372 c. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 c. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 c. 2b; 112 V 390 c. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 c. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 c. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 c. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 c. 4.1, les deux avec références citées). Conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), la révision de la rente a lieu trois mois après le changement de la capacité de gain.

5. a) En l'espèce, la décision attaquée a reconnu au recourant une incapacité totale de travailler jusqu'au 30 septembre 2007. Elle s'est fondée sur l'expertise du Dr B._____ pour établir que le recourant était capable de travailler à mi-temps dans sa profession dès le 1^{er} octobre 2007.

Dans le présent litige, la contestation ne porte pas sur les éléments médicaux permettant de déterminer le taux d'invalidité, mais sur le calcul du degré d'invalidité et de la rente. Dès lors, le recourant ne remet pas en cause l'appréciation de l'OAI au sujet de la nature et de la gravité de son atteinte à la santé, de sorte qu'il n'y a plus lieu de revenir sur cette question. Toutefois, si le complément d'instruction requis par la Cour de céans dans le litige en matière d'assurance-accidents entre l'assuré et la CNA (dossier AA 90/08) faisait apparaître une aggravation de l'état de santé de l'intéressé - par rapport à ce qui a été retenu dans le dossier AI - il appartiendrait le cas échéant au recourant de s'en prévaloir

directement devant les organes de l'assurance-invalidité, par exemple en demandant une révision de la dernière décision sur son droit à la rente.

b) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 c. 4.1; 129 V 222 c. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 c. 6.1.6.2).

Dans le cas particulier, le recourant exerçait la profession de monteur-électricien. Jusqu'à son licenciement en novembre 2005, il avait un salaire brut annuel de 65'000 fr. selon le rapport de T. _____ SA SA du 30 août 2005. Adapté à l'évolution nominale des salaires dans le domaine de la construction (1.1% en 2006 et 1.7% en 2007, cf. La vie économique, 2010, cahier 9, Les chiffres clés de l'économie, Tableau 6.10), cela donne un revenu hypothétique annuel de valide de 65'715 fr. en mai 2006, soit au moment de la naissance du droit à la rente (art. 28 al. 1 let. c LAI), et non de 62'749 fr. comme établi dans la décision attaquée. Quant au revenu annuel de valide au moment de la révision du droit à la rente, à savoir le 1^{er} octobre 2007, il inclut aussi une adaptation à l'évolution nominale des salaires dans le domaine de la construction, à savoir 1.7% en 2007 (La vie économique, ibidem), et s'élève donc à 66'832 francs.

c) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu

effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 c. 5.2; 129 V 472 c. 4.2.1; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 c. 3).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 c. 1 p. 30). Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalidé est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 c. 3a; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 c. 6.2).

En l'espèce, le recourant n'avait pas repris d'activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles entre le moment où le motif de révision était réalisé, à savoir le 1^{er} octobre 2007, et la décision attaquée, car il n'a fait que suivre un stage du 10 au 21 novembre 2005. La décision attaquée a fixé le revenu d'invalidé à 28'237 fr., y compris un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles et de la difficulté de retrouver une activité de 50%. Manifestement, l'autorité intimée a fixé le revenu d'invalidé en pour-cent du revenu de valide. Dans la mesure où le recourant est apte à reprendre sa profession de monteur-électricien, le mode de calcul utilisé par

l'autorité intimée est conforme au droit (comparaison en pour-cent: TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 c. 6.2 et 6.3). La base de calcul, à savoir le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivalant à 100%, était toutefois fixée à tort à 62'749 francs. Eu égard au montant correct du revenu de valide (66'832 fr., cf. supra c. 5b), le revenu d'invalidé lors de la révision de la rente s'élève à 33'416 fr. respectivement à 30'074 fr. 40 en tenant compte de la réduction de 10% opérée par l'OAI.

d) Le calcul de la perte économique du recourant (soit du degré d'invalidité) est par conséquent le suivant: (66'832 fr. - 30'074 fr.): $66'832 \text{ fr.} \times 100 = 55\%$, ce qui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité (cf. supra, art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, la révision de la rente a lieu trois mois après le changement de la capacité de gain, soit au 1^{er} janvier 2008.

6. a) Selon l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants, RS 831.10), en particulier ses art. 29 ss, sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires. Cette disposition prévoit en outre que le Conseil fédéral peut édicter des dispositions complémentaires, ce que ce dernier a fait en prévoyant à l'art. 32 al. 1 RAI que les art. 50 à 53bis RAVS (règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants, RS 831.101) sont applicables par analogie aux rentes ordinaires de l'assurance-invalidité.

Aux termes de l'art. 29bis al. 1 LAVS, le calcul de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1^{er} janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré (âge de la retraite ou décès). La durée de cotisation est réputée complète lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge (art. 29ter al. 1 LAVS). Sont considérées comme années de cotisations, les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations (art. 29ter al. 2

let. a LAVS). Une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1a ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, elle a versé la cotisation minimale (art. 50 RAVS).

b) La rente est calculée sur la base du revenu annuel moyen. Celui-ci se compose des revenus de l'activité lucrative (art. 29quater let. a LAVS), sur lesquels des cotisations ont été versées (art. 29quinquies al. 1 LAVS).

Dans un premier temps, la somme des revenus de l'activité lucrative est revalorisée en fonction de l'indice des rentes prévu à l'art. 33ter LAVS. L'Office fédéral des assurances sociales fixe chaque année les facteurs de revalorisation de la somme des revenus provenant de l'activité lucrative (art. 30 al. 1 LAVS; 51bis al. 1 RAVS). Pour déterminer les facteurs de revalorisation, on divise l'indice des rentes selon l'art. 33ter al. 2 LAVS par la moyenne, pondérée par le facteur 1,1, des indices des salaires de toutes les années civiles inscrites depuis la première inscription dans le compte individuel de l'assuré jusqu'à l'année précédant la survenance du cas d'assurance (art. 51 bis al. 2 RAVS).

Dans un second temps, la somme des revenus revalorisés provenant d'une activité lucrative et les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance est divisée par le nombre d'années de cotisations (art. 30 al. 2 LAVS). Pour le calcul du revenu annuel moyen, on prend également en considération les années de cotisations ajoutées conformément à l'art. 52b RAVS ainsi que les périodes de cotisations et les revenus correspondants pris en compte en vertu de l'art. 52c RAVS (art. 51 al. 2 RAVS). Selon l'art. 52b RAVS, lorsque la durée de cotisations est incomplète, les périodes de cotisations accomplies avant le 1^{er} janvier suivant l'accomplissement des 20 ans révolus seront prises en compte à titre subsidiaire aux fins de combler les lacunes de cotisations apparues depuis cette date. Aux termes de l'art. 52c RAVS, les périodes de cotisations entre le 31 décembre précédant la réalisation du cas d'assurance et la naissance du droit à la rente peuvent être prises en

compte pour combler les lacunes de cotisations. Les revenus provenant d'une activité lucrative réalisés durant cette période ne sont toutefois pas pris en considération pour le calcul de la rente. En outre, si l'assuré n'a pas encore atteint 45 ans révolus lors de la survenance de l'invalidité, un supplément exprimé en pour-cent sera ajouté au revenu moyen provenant d'une activité lucrative. Lorsque l'invalidité est survenue alors que l'assuré a atteint un âge de 35 à 38 ans, le revenu moyen provenant d'une activité lucrative est augmenté de 10% (art. 36 al. 3 aLAI [RO 1996 2466] et 33 aRAI [RO 1996 691], dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et donc applicable *ratione temporis* en l'espèce).

c) L'Office fédéral des assurances sociales établit des tables de rentes dont l'usage est obligatoire. L'échelonnement des rentes mensuelles, rapporté à la rente simple et complète de vieillesse, s'élève à 2,6% au plus du montant minimum de celle-ci. Les rentes mensuelles seront arrondies au franc supérieur lorsque le montant considéré comprend une fraction égale ou supérieure à 50 centimes et au franc inférieur lorsque cette fraction n'atteint pas 50 centimes (art. 53 RAVS; voir aussi art. 30bis LAVS).

Il est établi pour chaque assuré tenu de payer des cotisations des comptes individuels où sont portées les indications nécessaires au calcul des rentes ordinaires. Le Conseil fédéral règle les détails. Les revenus de l'activité lucrative obtenus par un salarié et sur lesquels l'employeur a retenu les cotisations légales sont inscrits au compte individuel de l'intéressé, même si l'employeur n'a pas versé les cotisations en question à la caisse de compensation (art. 30ter LAVS).

7. Selon la décision du 20 novembre 2008, la demi-rente simple a été fixée à 920 fr. par mois dès le 1^{er} janvier 2008, sur la base d'un revenu annuel moyen déterminant de 51'714 fr. et pour une durée de cotisations de 18 ans, conformément à l'échelle 44. Selon la communication du 16 décembre 2008 de l'OAI, une rente entière d'un montant de 1'789 fr. entre mai et décembre 2006, correspondant à un revenu annuel moyen déterminant de 50'310 fr., et d'un montant de 1'839 fr. en 2007,

correspondant à un revenu annuel moyen déterminant de 51'714 francs. Le recourant estime, lui, que le revenu annuel moyen déterminant devrait être fixé à 65'280 fr. conformément à la convention collective de travail de 2006 et du fait qu'il a cotisé pendant 20 ans.

a) En l'espèce, il ressort des comptes individuels du recourant, né le 2 février 1967, qu'il a cotisé à l'AVS de 1985 à 2005. Il a atteint l'âge de 20 ans révolus le 2 février 1987. Quant à l'ouverture du droit à une rente d'invalidité, elle est survenue en mai 2006 (art. 28 al. 1 let. c LAI). Dans ces circonstances, seules les périodes de cotisations à l'AVS entre le 1^{er} janvier 1988 et le 31 décembre 2005 sont prises en considération pour la détermination des années de cotisation (art. 29bis al. 1 LAVS). Compte tenu des comptes individuels, le recourant a cotisé durant 18 ans.

Pour déterminer l'échelle de rente, il convient tout d'abord de définir la période d'assurance de la classe d'âge du recourant. Selon les tables des rentes 2007, établies par l'Office fédéral des assurances sociales (art. 3 LAVS; 53 RAVS), celle période est, pour les personnes nées en 1967, de 18 ans lorsque l'ouverture du droit à une rente est survenue en 2006. En l'espèce, la période d'assurance du recourant est de 18 ans. Conformément à la table des rentes 2007, la rente des personnes assurées durant une période d'assurance correspondant à celle de leur classe d'âge est déterminée selon l'échelle 44.

b) Cela étant fait, il convient ensuite de déterminer le revenu annuel moyen (RAM) du recourant.

aa) Le RAM est établi non pas sur le revenu hypothétique de valide comme le soutient le recourant, mais sur la base de tous les revenus soumis à cotisations depuis l'âge de 20 ans révolus (art. 29 bis al. 1, 29quater let. a et 29quinquies al. 1 LAVS) hormis ceux perçus après la survenance de l'atteinte à la santé invalidante (art. 52c RAVS). En l'occurrence, la somme de ces revenus s'élève, compte tenu des montants ressortant des comptes individuels de l'assuré, à 843'910 francs.

Selon les tables des rentes 2007, le facteur forfaitaire de revalorisation est de 1,00 (art. 30 al. 1 et 33ter LAVS; 51bis al. 1 RAVS), de sorte que la somme des revenus soumis à cotisations est de 843'910 fr. x 1,00 = 843'910 fr.

bb) Une fois ce montant établi, il convient de le diviser par le nombre d'années de cotisations (art. 30 al. 2 LAVS), soit par 16 ans (cotisations entre le 1^{er} janvier 1987 et le 31 décembre 2005). Le RAM correspond donc au montant de 46'883 fr. 89. Ce montant doit encore être augmenté de 5%, compte tenu du fait que, lors de la survenance de l'événement assuré, le recourant était âgé de 39 ans (art. 36 al. 3 aLAI [RO 1996 2466]; art. 33 aRAI [RO 1996 691]). Le montant déterminant s'élève dès lors à 49'228 fr. 08, qu'il convient d'arrondir à 49'228 fr. (art. 30bis LAVS; 51 RAVS). Ce revenu, porté au RAM de l'échelle 44 pour l'année 2006 (ouverture du droit à la rente) de 50'310 fr. directement supérieur à son revenu annuel moyen, donne droit à une rente entière mensuelle de 1'789 francs. Augmenté au 1^{er} janvier 2007 de 2.8% (art. 3 al. 2 de l'ordonnance fédérale 07 du 22 septembre 2006 sur les adaptations à l'évolution des salaires et des prix dans le régime de l'AVS, de l'AI et des APG, RO 2006 4145), le RAM s'élève à 50'606 francs. Ce revenu, porté au RAM de l'échelle 44 pour l'année 2007 de 51'174 fr. directement supérieur à son revenu annuel moyen, donne droit à une rente entière mensuelle de 1'839 fr. dès le 1^{er} janvier 2007 et à une demi-rente de 920 fr. dès le 1^{er} janvier 2008.

8. Conformément à l'art. 26 al. 2 LPGA et à l'art. 7 al. 1 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.11) des intérêts moratoires de 5% 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 douze 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. L'obligation de payer des intérêts moratoires selon l'art. 26 al. 2 LPGA commence 24 mois après le droit à la rente en tant que tel pour l'ensemble des prestations courues jusque-là, et non pas d'abord

seulement deux ans après l'exigibilité de chaque rente mensuelle (ATF 133 V 9 c. 3.6; TF 8C_619/2009 du 23 juin 2010 c. 4).

En l'espèce, cette obligation a commencé en mai 2008 pour la rente entière due entre mai 2006 et décembre 2007. Le versement de 1'213 fr. d'intérêts moratoires selon la décision du 16 décembre 2008 pour la rente entière est ainsi conforme au droit. S'agissant de la demi-rente due dès le 1^{er} janvier 2008, elle a été versée rétroactivement moins de 24 mois après la naissance de ce droit, de sorte qu'aucun intérêt moratoire n'était dû.

9. Au vu de ce qui précède, force est de constater que la détermination de la rente d'invalidité mensuelle réalisée par la caisse de compensation E. _____ pour le compte de l'OAI est conforme au droit. Partant, le recours doit être rejeté.

10. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 250 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, le recourant n'a pas droit à l'octroi de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 20 novembre 2008 est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs) sont mis à la charge du recourant W. _____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- W. _____
- 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).

Le greffier :