

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 mai 2011

---

Présidence de       Mme     RÖTHENBACHER  
Juges     :     M.           Schmutz et Mme Feusi  
Greffier     :     Mme     Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à Montreux, recourant, représenté par Me Aba Neeman, avocat  
à Monthey

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé

---

**Art. 28 LAI; 88a al. 2 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** D.\_\_\_\_\_, né le 8 juillet 1957 (ci-après : l'assuré), au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de mécanicien sur automobiles, a travaillé depuis 1999 en qualité de serrurier pour différentes entreprises de travail temporaire.

Le 30 janvier 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes en faisant état d'atteinte à sa santé sous forme de trouble polaire et d'inflammation au niveau du nerf sciatique.

Dans un rapport médical du 16 avril 2005, le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne à Lausanne, a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré des lombo-sciatalgies récidivantes à gauche existant depuis 2004 et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une hépatite C chronique, un trouble bipolaire et un trouble de dépendance à l'alcool, actuellement abstiné. Il a indiqué une incapacité totale de travail du 29 septembre au 10 octobre 2004. Le praticien a précisé que le scanner de mars 2005 montrait un prolapsus foraminaux à gauche en L4-L5 et que les douleurs étaient dépendantes des charges qu'il devait porter. Selon lui, l'assuré veut, soit un allègement dans son travail de serrurier évitant le port de charges en restant comme soudeur à l'atelier, soit une réinsertion professionnelle, par exemple dans la mécanique de précision, mais pas être mis au bénéfice d'une rente AI.

Dans un rapport médical du 11 janvier 2007, les Drs M.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin-adjoint auprès de l'Hôpital de C.\_\_\_\_\_, ont indiqué que l'assuré avait été hospitalisé du 23 octobre 2006 au 1<sup>er</sup> décembre 2006 en raison d'un épisode dépressif sévère dans le cadre d'une maladie bipolaire. Ils ont retenu comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail un trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques (F31.5) existant depuis 1985. Ils ont précisé que cette

année-là, l'assuré avait été hospitalisé à X.\_\_\_\_\_ pour un épisode maniaque avec symptômes psychotiques et que le diagnostic retenu alors était un trouble schizo-affectif. L'assuré a été hospitalisé une deuxième fois en février 2005 dans le cadre d'un épisode dépressif et d'une dépendance à l'alcool. Une troisième hospitalisation, mais à l'Hôpital de C.\_\_\_\_\_ a eu lieu du 7 mars 2006 au 1<sup>er</sup> avril 2006 pour un épisode dépressif sévère dans le cadre d'un trouble affectif bipolaire. Lors de ce séjour, l'importance de la prise médicamenteuse a été expliquée au patient, qui, pourtant, dès sa sortie, a arrêté toute médication et ne s'est pas rendu au rendez-vous fixé chez le Dr H.\_\_\_\_\_. Il a alors à nouveau développé des troubles du sommeil, un retrait social et une aboulie, dans le contexte d'un conflit persistant avec son épouse. Dans leur rapport, les Drs M.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ décrivent l'assuré comme conscient, collaborant et orienté aux trois modes; sa thymie est triste avec un ralentissement psychomoteur. Les médecins n'ont pas constaté de symptômes psychotiques florides. Durant, l'hospitalisation, le traitement a consisté en un traitement psychiatrique intégré, associant une pharmacothérapie anti-dépressive, une psychothérapie institutionnelle, de l'ergothérapie et un accompagnement social, permettant l'obtention d'une bonne stabilité thymique. Leur pronostic est favorable, pour autant que l'observance du traitement médicamenteux soit respectée; à défaut, ils ne peuvent exclure une nouvelle décompensation sur un mode dépressif ou maniaque. Répondant aux questions spécifiques de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), les Drs M.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ ont indiqué qu'en dehors des crises liées à sa maladie bipolaire, l'atteinte à la santé présentée par l'assuré n'avait pas de répercussion sur l'activité exercée, précisant que si, en période de stabilité l'assuré ne présentait pas de limitations fonctionnelles, il n'en allait pas de même en cas d'exacerbation de la maladie, que ce soit sur un mode maniaque ou dépressif.

Lors d'un entretien téléphonique du 28 février 2007 avec l'OAI, l'assuré a indiqué qu'il ne se sentait pas assez bien pour entreprendre le stage qui lui était proposé dans un centre de l'ORIPH (réd. : Organisation

romande pour l'intégration professionnelle des personnes handicapées). Interpellé, il a déclaré qu'il ne prenait plus ses médicaments depuis Noël.

Dans un avis médical du 2 mars 2007, le Dr L.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a indiqué qu'il y avait lieu d'informer l'assuré par courrier et téléphone que c'était son devoir de limiter le dommage, donc d'améliorer son état de santé et de prendre sa médication, puisque les médecins de l'Hôpital de C.\_\_\_\_\_ avaient clairement écrit que, "dans la mesure où l'assuré prend son traitement, l'incapacité de travail est entière sans limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique".

Le 28 mars 2007, l'OAI a sommé l'assuré de reprendre sans délai son suivi médical auprès de son psychiatre ainsi que son traitement médicamenteux; un délai au 20 avril 2007 lui a en outre été impartie pour faire connaître à l'OAI les coordonnées de son psychiatre.

Selon le rapport d'observation de l'ORIPH du 5 juin 2007, le stage entrepris par l'assuré le 10 avril 2007 dans le cadre des mesures professionnelles ordonnées par l'OAI a dû être interrompu le 11 mai 2007 en raison de l'incapacité de son assuré à entreprendre et à assumer un projet socioprofessionnel.

Dans un rapport médical du 25 avril 2007, les Drs M.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital de C.\_\_\_\_\_ ont indiqué que l'assuré avait été hospitalisé du 15 mars 2007 au 3 avril 2007 en raison d'une recrudescence de sa symptomatologie dépressive dans le contexte d'une interruption de sa médication psychotrope (épisode de dépression légère à moyenne dans le cadre du trouble affectif bipolaire). Ils décrivent l'état de santé de l'assuré comme s'améliorant et émettent les mêmes remarques que dans leur rapport précédent en ce qui concerne leur pronostic (observance de la médication indispensable).

Mandaté par l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a déposé son rapport d'expertise le 26

novembre 2007. Après avoir fait part de ses observations cliniques, résumé les données anamnestiques de l'assuré et rendu compte des résultats des tests de psychopathologie quantitative, l'expert retient comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail un trouble bipolaire, présent au moins depuis 1985, une personnalité borderline et psychopathique également présente depuis l'adolescence avec une très forte limitation des capacités adaptatives. Dans son appréciation du cas, l'expert relève que l'assuré a vécu des années désorganisées et chaotiques et est actuellement atteint dans sa santé puisqu'il présente un trouble bipolaire et une hépatite C ainsi que des capacités adaptatives très faibles. Malgré son investissement d'un traitement avec stabilisateur de l'humeur, les capacités d'amélioration sont faibles, son intégration dans un groupe limitée et son intolérance à l'acquisition de nouvelles connaissances très importante. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, il indique qu'au plan psychique et mental, le trouble limite de la personnalité avec les traits psychopathiques constitue un obstacle, majeur, malgré la stabilisation du traitement de trouble affectif. Au plan social, le handicap est également marqué après des années d'errance, de nomadisme et de mauvaise intégration sociale. Les capacités de récupération sont faibles. Selon l'expert, l'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible (mécanicien ou serrurier) mais l'assuré pourrait éventuellement travailler sur un chantier. Il relève toutefois que la capacité résiduelle de travail est de nature occupationnelle dans un encadrement structuré. Selon lui, l'incapacité de travail existe depuis le 15 mars 2007 et ne saurait actuellement dépasser 30 % dans une activité occupationnelle. Pour le surplus, l'expert a indiqué qu'en raison de la longue évolution chaotique de l'assuré, de ses troubles de personnalité et des séquelles laissées par la consommation abusive de substances toxiques, des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables.

Dans un avis SMR du 15 janvier 2008, le Dr L.\_\_\_\_\_ a notamment rappelé que l'assuré avait bénéficié d'une expertise psychiatrique chez le Dr W.\_\_\_\_\_, qui a confirmé le diagnostic de trouble affectif bipolaire et ajouté celui de trouble de personnalité borderline avec

de forts aspects psychopathiques et antisociaux. Il a relevé que ces deux pathologies, qui se rejoignent par certains aspects sont, ensemble, invalidantes et que les diverses dépendances (alcool, cocaïne) de l'assuré sont secondaires à l'atteinte à la santé psychique, qui s'est aggravée au fil des années pour arriver à une exigibilité médicale nulle en toute activité. En ce qui concerne le début de l'incapacité totale de travail résultant de l'atteinte psychique, le Dr L. \_\_\_\_\_ a relevé que, si l'expert psychiatre la fixe au mois de mars 2007, date de la dernière hospitalisation, il y a eu des incapacités totales de travail de quelques semaines lors des hospitalisations précédentes. Dans sa conclusion, il a indiqué que le traitement médicamenteux prescrit avait permis de stabiliser l'humeur de l'assuré selon l'expert, qu'il était "licite de laisser à l'assuré quelques mois pour maintenir cette stabilisation" et que, bien que le pronostic ne soit pas favorable, l'OAI était en droit d'exiger de l'assuré qu'il se soumette à un traitement adéquat et spécifique de sa pathologie psychiatrique.

Par courrier du 23 avril 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité sur la base d'un degré de 96 % à compter du 1<sup>er</sup> mars 2008, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année. Relevant toutefois que selon les renseignements médicaux en sa possession un traitement adéquat et spécifique de sa pathologie psychiatrique améliorerait son état de santé et par conséquent sa capacité de travail et de gain, l'OAI a enjoint l'assuré de suivre le traitement médical nécessaire à sa situation. Invoquant l'art. 21 al. 4 LPGA, il a requis de l'assuré qu'il se détermine à l'égard du traitement demandé d'ici au 31 mai 2008 et l'a averti qu'en cas de refus de suivre dit traitement, il rendrait un prononcé limitant le droit à la rente.

Dans une fiche d'examen interne n° 8 du 11 juin 2008, on peut lire notamment ce qui suit :

"Après en être référé au SMR, Dr L. \_\_\_\_\_, il y a eu effectivement impasse sur le problème somatique qui avait été à la base de la demande AI. (...)

Pour l'atteinte somatique :

LM : 29.09.2004

DD : 29.09.2005

La capacité de travail exigible dans une activité adaptée est de 100 % dès le 11.10.2004 et ceci jusqu'au 13.03.2007. En effet depuis le 15.03.2007, le degré d'invalidité est de 96 %. (...)

Une nouvelle approche théorique a donc été faite pour la période antérieure soit en 2005. Selon fiche ESS du 11.06.2004, le degré d'invalidité est de 20 % dès le 11.10.2004. Ce degré d'invalidité n'ouvre pas le droit à la rente.

RS : 65'352.00  
RI : 52'047.74  
Préjudice économique : Fr. 13'304.26 soit un degré d'invalidité de 20 %

Par contre nous pouvons en tenir compte pour procéder au calcul de l'invalidité moyenne. Au 15.07.2007 l'invalidité moyenne sur 12 mois est de 45 % (8 mois à 20 % et 4 mois à 96 %), le droit à un quart de rente est ouvert dès le 01.07.2007, puis passage à la rente entière dès le 01.10.2007, inv. 96 %, soit trois mois après l'ouverture du droit à la rente."

Par projet de décision du 7 juillet 2008, l'OAI a alloué à l'assuré un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2007, puis une rente entière dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007, sous réserve des conditions de l'art. 21 al. 4 LPGA. Il a motivé sa décision dans le sens de la fiche interne n° 8 ci-dessus mentionnée.

Par décision du 25 novembre 2008, l'assuré n'ayant pas contesté le projet de décision du 7 juillet 2008, l'OAI en a confirmé la teneur.

Par décision du même jour, l'OAI a arrêté à 301 fr. le montant mensuel du quart de rente alloué à l'assuré du 1<sup>er</sup> juillet 2007 au 30 septembre 2007 et à 1'202 fr. le montant mensuel de la rente entière allouée dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007. Il a pris en compte un revenu annuel moyen déterminant de 26'520 fr., une durée de 24 années et 11 mois de cotisations et appliqué l'échelle de rente 38. Il a expliqué que la rente était partielle en raison des années manquantes de cotisations, soit 1992 (juillet à décembre), 1993 à 1998, 1999 (janvier à juillet) et précisé que les revenus que les époux avaient réalisés pendant les années civiles de mariage commun avaient été répartis et attribués pour moitié à chacun des époux (art. 29 quinquies LAVS).

**B. a)** Par acte du 12 janvier 2009, D.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 25 novembre 2008, en concluant à la réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et que le calcul de la rente est basé sur un revenu annuel déterminant de 53'040 francs. Il a demandé à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. En substance, le recourant a fait valoir qu'il avait effectué quatre séjours de plus d'un mois à l'Hôpital de C.\_\_\_\_\_ durant l'année 2006. Son incapacité de travail complète a donc été constatée, étant relevé pour le surplus que s'il a dû passer plus de quatre mois à l'hôpital durant l'année 2006, cela établit qu'il était en incapacité totale de travailler que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité de type occupationnel. En ce qui concerne le calcul de la rente, il a indiqué qu'il était erroné d'appliquer l'art. 29 quinquies LAVS, cette disposition ne s'appliquant que pour déterminer le revenu d'activité lucrative dans le cadre des cotisation de personnes sans activité lucrative, ce qui n'est pas son cas puisqu'il a travaillé durant plus de 25 ans.

**b)** Par décision du 15 juillet 2009, le Bureau d'assistance judiciaire a désigné Me Georges Reymond en qualité d'avocat d'office du recourant.

**c)** Par réponse du 8 octobre 2009, l'OAI a conclu à l'admission partielle du recours en ce sens qu'un quart de rente est octroyé à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> avril 2007 et à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juillet 2007. A cet égard, il a expliqué que, compte tenu d'une invalidité de 20 % depuis fin septembre 2004, des incapacités totales de travail liées aux hospitalisations des 7 mars au 1<sup>er</sup> avril 2006, 23 octobre au 1<sup>er</sup> décembre 2006 et du 15 mars au 3 avril 2007 et d'une invalidité de 96 % par la suite, l'invalidité moyenne calculée sur une année atteignait 40 % au cours du mois d'avril 2007. Le droit à un quart de rente devait donc s'ouvrir le 1<sup>er</sup> avril 2007, et celui à une rente entière le 1<sup>er</sup> juillet 2007 (soit trois mois après l'octroi de la rente).

Le 4 novembre 2009, l'OAI a transmis à la cour de céans les déterminations de la Caisse de compensation valaisanne ce qui concerne le calcul de la rente, auxquelles il a déclaré se rallier. Dans ses déterminations, auxquelles était joint le dossier du recourant, la caisse de compensation a relevé que le recourant s'était marié en décembre 2005 et vivait séparé de fait de son épouse depuis le mois de novembre 2006. Elle a indiqué que, pour déterminer le revenu annuel moyen applicable à la rente AI revenant au recourant à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007, elle avait pris en compte tous ses revenus réalisés depuis 1975 jusqu'au 31 décembre 2006, soit 553'348 fr., multiplié ce total par le facteur de revalorisation 1.113, puis divisé le tout par le nombre d'années de cotisations, soit 24 ans et 11 mois en l'espèce. Le revenu annuel moyen ainsi obtenu (26'520 fr.) correspond à l'échelle 38 et donne par conséquent un quart de rente ordinaire de 301 fr. et une rente entière d'invalidité de 1'202 fr. par mois. Pour le surplus, invoquant les art. 29 ss LAVS et en particulier l'art. 29 quinquies LAVS, applicables par renvoi de l'art. 2 LAI, au calcul des rentes d'invalidité, la caisse a en outre confirmé qu'il était justifié en l'espèce d'inclure dans le calcul des cotisations la moitié des revenus réalisés par l'épouse du recourant durant l'année 2006, en soulignant que ce partage était avantageux pour ce dernier puisque le montant en question avait permis d'augmenter son revenu annuel moyen servant à fixer le montant de sa rente AI. La caisse de compensation a conclu au rejet du recours.

**d)** Le 26 janvier 2010, Me Georges Reymond a demandé à être relevé de son mandat de conseil d'office du recourant, informant la cour de céans que D. \_\_\_\_\_ lui avait demandé de transférer son dossier à Me Aba Neeman.

**e)** Le 23 avril 2010, le recourant a confirmé ses conclusions du 12 janvier précédent.

Par écriture du 17 mai 2010, l'OAI a confirmé ses conclusions du 8 octobre 2009 dans le sens d'une admission partielle du recours en ce qui concerne le début du droit à la reconnaissance d'une rente. S'agissant

du calcul de la rente, il conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur ce point.

**f)** Par ordonnance du 6 avril 2011, le juge instructeur a arrêtés les dépens dus à Me Georges Reymond pour son activité de conseil d'office du recourant du 12 janvier 2009 au 25 janvier 2010.

Dans le délai imparti, Me Aba Neeman a déposé la liste détaillée de ses opérations et de ses débours dans le cadre de la présente procédure de recours.

### **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 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, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 3 litt. c LPGA) et remplissant les autres conditions de procédure, 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<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 francs.

**2.** Le recourant prétend avoir droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006 en faisant valoir que l'OAI a omis de tenir compte du fait qu'il était en incapacité totale de travail en 2006, puisqu'il a effectué quatre séjours de plus d'un mois chacun à l'Hôpital de C. \_\_\_\_\_ tout au long de l'année 2006.

**a)** Le droit à une rente d'invalidité suppose que l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'art. 8 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. L'art. 29 al. 1 litt. b aLAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, correspondant à l'actuel art. 28 al. 1 litt. b LAI, prévoit que l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable. Dès lors, contrairement à ce que semble croire le recourant, ce n'est pas depuis le début de l'incapacité de travail qu'une rente d'invalidité est due; il faut que cette incapacité de travail revête une certaine importance et dure un certain temps avant que le droit à des prestations d'invalidité soit ouvert.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à

50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA).

**b)** Pour pouvoir déterminer le degré d'invalidité d'un assuré, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En l'espèce, pour évaluer l'état de santé du recourant, respectivement son degré d'invalidité, l'OAI s'est fondé, en ce qui concerne l'atteinte somatique, sur le rapport médical établi le 16 avril 2005 par le Dr Y.\_\_\_\_\_; en ce qui concerne l'atteinte à la santé psychique, l'OAI a tenu compte d'une part des rapports médicaux des Drs M.\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_ de l'Hôpital de C.\_\_\_\_ des 11 janvier et 25 avril 2007, d'autre part de l'expertise psychiatrique réalisée en novembre 2007 par le Dr W.\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie qu'il avait mandaté. Ces rapports médicaux, dont le SMR a validé les conclusions, contiennent une anamnèse, font état des plaintes subjectives du recourant, indiquent clairement les diagnostics retenus et leurs répercussions sur la capacité de travail du recourant; les conclusions auxquelles ont abouti les médecins, respectivement l'expert psychiatre, après avoir fait état de leurs constatations objectives reposent sur une analyse détaillée de la situation médicale du recourant. Cela étant, il y a lieu de leur reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, valeur probante que le recourant ne remet d'ailleurs nullement en question.

Il convient donc d'examiner quelles incapacités de travail ont été retenues par les médecins dans les rapports médicaux ci-dessus mentionnés, à quelles prestations elles ouvrent le droit et à partir de quel moment.

**3.** Sur le plan somatique, le médecin traitant du recourant a indiqué que son patient avait été en incapacité totale de travail du 29 septembre 2004 au 10 octobre 2004 et que, en raison de lombosciatalgies récidivantes à gauche, le recourant présente depuis lors une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais que sa capacité de travail reste entière dans une activité adaptée, soit sans port de charges de plus de 20 kg (rapport du Dr Y.\_\_\_\_ du 16 avril 2005). Le recourant ne prétend pas que son état de santé ait évolué par la suite.

Sur le plan psychiatrique, il résulte des rapports médicaux des psychiatres M.\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_ de l'Hôpital de C.\_\_\_\_ des 11 janvier et 25 avril 2007 que, sous réserve des périodes d'hospitalisation

pour cause de décompensation, la capacité de travail du recourant était entière. Ils ont attesté que le recourant avait été en incapacité totale de travail en raison de ses hospitalisations :

- du 7 mars 2006 au 1<sup>er</sup> avril 2006;
- du 23 octobre 2006 au 1<sup>er</sup> décembre 2006;
- du 15 mars 2007 au 3 avril 2007;

Pour sa part, l'expert psychiatre a indiqué que, depuis le 15 mars 2007, le recourant disposait d'une capacité de travail résiduelle de 30 % dans une activité occupationnelle en raison de sa problématique psychiatrique.

Se fondant sur ces données, c'est à juste titre que l'OAI a considéré que l'incapacité de travail du recourant pour cause de longue maladie avait débuté le 29 septembre 2004 (cf. rapport du Dr Y. \_\_\_\_\_ du 16 avril 2005) et que par conséquent le début du droit à d'éventuelles prestations d'invalidité devait être fixé au 29 septembre 2005, soit après le délai de carence d'une année (art. 29 al. 1 let. b LAI dans sa teneur avant le 31 décembre 2007, droit applicable au moment de la naissance du droit à la rente). Tenant compte du fait que le recourant n'exerçait plus d'activité lucrative mais qu'une capacité de travail de 100 % était exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 20 kg) depuis le 11 octobre 2004, l'OAI a procédé à une comparaison des revenus sans invalidité et avec invalidité sur la base d'une approche théorique, soit en se fondant sur les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires; cette comparaison ayant abouti à un préjudice économique représentant un degré d'invalidité de 20 %, l'OAI a considéré, avec raison, qu'il n'ouvrait pas le droit à une rente, puisqu'il était inférieur au minimum légal de 40 % (art. 28 al. 2 LAI) mais qu'il y avait lieu d'en tenir compte pour calculer le degré d'invalidité moyenne du recourant, puisque ce dernier ne disposait plus, depuis le 15 mars 2007, que d'une capacité résiduelle de travail de 30 % dans une activité occupationnelle, ce qui, après comparaison des revenus avec et sans invalidité, aboutissait à un degré d'invalidité de 96 %. Cela étant, comme l'indique l'OAI dans sa réponse et le démontre le tableau ci-dessous, c'est en avril 2007 que le délai d'une année à un degré d'invalidité de 40 % en moyenne a pris fin :

Période		Nombre de jours	Degré d'invalidité	Nombre de jours à 40 % d'invalidité
15.03.2007 31.03.2007	-	17	96 %	40,8 jours à 40 %
02.12.2006 14.03.2007	-	113	20 %	56,5 jours à 40 %
23.10.2006 01.12.2006	-	39	100 %	97,5 jours à 40 %
02.04.2006 22.10.2006	-	204	20 %	102 jours à 40 %
07.03.2006 01.04.2006	-	26	100 %	65 jours à 40 %
<b>Totaux</b>		<b>399</b>		<b>361,8 jours à 40 %</b>

Le point de départ de la rente en avril 2007 est donc exact. C'est aussi à juste titre que l'OAI a accordé au recourant d'abord un quart de rente (art. 28 al. 1 LAI), puis, l'état de santé du recourant s'étant dégradé durablement durant trois mois, une rente entière (art. 28 al. 1 LAI), l'art. 88 a al. 2 RAI (règlement du 17 juin 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) prévoyant que, si l'incapacité de travail ou de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impuissance ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

En conclusion, il convient d'admettre le recours sur ce point et de réformer la décision entreprise en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2007 et à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2007.

**4.** Le second grief du recourant concerne la façon dont la rente d'invalidité a été calculée, plus particulièrement il critique le fait que la caisse de compensation ait procédé au partage des revenus que son épouse et lui-même ont perçus durant le mariage pour déterminer le revenu annuel moyen (art. 29 quinquies LAVS); il requiert que le revenu annuel déterminant soit arrêté à 53'040 francs.

D'emblée, il faut constater que, comme l'a expliqué la caisse de compensation dans ses déterminations de façon détaillée, l'application de l'art. 29 quinquies LAVS est justifiée puisque le recourant s'est marié en décembre 2005 et séparé d'avec son épouse en novembre 2006. Ainsi, c'est les revenus réalisés durant la seule année 2006 qui ont été répartis et attribués par moitié à chacun des époux. Ce partage est favorable au recourant puisque c'est la moitié du revenu réalisé par son épouse en 2006 qui lui a été attribué (20'640 fr.), alors que lui-même n'en avait réalisé aucun. Cela étant, c'est sur un revenu total de 553'348 fr. et une période de cotisation de 24 ans et 11 mois que la caisse de compensation s'est fondée pour calculer le revenu annuel moyen de 26'520 francs. Pour le surplus, les calculs effectués par la caisse de compensation l'ont été conformément aux dispositions légales et aux directives, de sorte que le recours doit être rejeté sur ce point.

**5. a)** En conclusion, le recours doit être admis partiellement et la décision de l'OAI du 25 novembre 2008 réformée en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2007 et à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juillet 2007.

Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

**b)** Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire obtient gain de cause, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton si les dépens ne peuvent être obtenus de la partie adverse ou qu'ils ne le seront vraisemblablement pas. Le canton est

subrogé à concurrence du montant versé à compter du jour du paiement (art. 122 al. 2 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Aba Neeman, avocat à Monthey, à compter du 27 janvier 2010 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée à 550 fr. 80 (dont 40 fr. 80 de TVA) à titre d'honoraires et à 21 fr. 60 fr. (dont 1 fr. 60 de TVA) à titre de débours, soit à un total de 572 fr. 40, TVA comprise.

**c)** Ayant obtenu partiellement gain de cause, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer équitablement à 500 fr., compte tenu de ses frais d'avocat et des autres frais indispensables occasionnés par le litige (art. 7 al. 1 TFJAS [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). L'Etat est toutefois subrogé au droit du recourant, à concurrence de la somme de 572 fr. 40 déjà versée au conseil d'office de celui-ci au titre de l'assistance judiciaire (cf. consid. 5b supra). L'OAI versera donc à l'Etat (Service juridique et législatif; cf. art. 5 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]) la somme de 500 francs.

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

- I. Le recours déposé le 12 janvier 2009 par D.\_\_\_\_\_ est partiellement admis.
  
- II. La décision rendue le 25 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que D.\_\_\_\_\_ a droit à un quart de rente d'invalidité

dès le 1<sup>er</sup> avril 2007 et à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2007.

**III.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

**IV.** L'indemnité d'office de Me Aba Neeman, conseil du recourant, est arrêtée à 572 fr. 40 (cinq cent septante-deux francs et quarante centimes).

**V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Aba Neeman, avocat à Monthey (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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).

Cet arrêt est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif du canton de Vaud, à Lausanne.

La greffière :