

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 septembre 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

V._____, à Vevey, recourant, représenté par Me Irène Wettstein Martin,
avocate à Vevey,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; 4 al. 1, 28 et 29 LAI; 88a RAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après: l'assuré), né en 1956, a travaillé comme ferblantier-couvreur pour diverses entreprises jusqu'en 1998. Après une période de chômage, il a recommencé à travailler en 1999 comme chauffeur poids lourds et a été licencié par son employeur pour motifs économiques le 19 novembre de la même année pour le 31 décembre suivant.

Le 18 octobre 1999, il a effectué un faux mouvement qui a occasionné un blocage de la colonne lombaire avec des douleurs irradiant dans la jambe droite. Il a été hospitalisé à l'Hôpital J._____ à F._____ du 25 octobre au 12 novembre 1999. Dans leur lettre de sortie du 22 novembre 1999 à la Dresse W._____, médecin généraliste traitant, les Drs K._____ et G._____ ont retenu le diagnostic principal de syndrome lombo-vertébral et ont proposé d'intensifier la physiothérapie et la tonification, tout en relevant une composante d'angoisse ainsi qu'un important stress psycho-social.

La Dresse C._____, spécialiste FMH médecine interne et rhumatologie, a examiné l'assuré le 7 avril 2000, s'interrogeant sur l'existence d'une éventuelle atteinte neurogène et relevant une composante de surcharge psychogène probable, chez un patient paraissant très anxieux et dépressif. Elle a posé le diagnostic de lombosciatalgie droite chronique dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs avec dysbalance musculaire et dysfonction sacro-iliaque droite probable (rapport du 21 avril 2000). Le Dr T._____, neurologue FMH, a conclu que l'examen neurologique objectif du patient, effectué le 23 mai 2000, ne montrait pas d'anomalie évidente; l'existence d'un éventuel syndrome radiculaire irritatif en fin de course du membre inférieur droit était difficile à confirmer car tous les mouvements de la cuisse droite étaient sensibles; il n'y avait pas de déficit moteur ni d'anomalie des réflexes tendineux; il existait par contre des signes d'anorganicité de Waddell; il n'y avait donc en l'état pas d'argument

pertinent en faveur d'une souffrance neurogène (rapport du 25 mai 2000). L'assuré a ensuite été examiné par le Dr R._____, radiologue FMH, qui a conclu, dans sa lettre du 7 juillet 2000 à la Dresse W._____, qu'il n'y avait pas d'amputation radiculaire, ni de hernie discale identifiée, le bilan démontrant uniquement une discopathie L4-L5 avec un discret relâchement ligamentaire postérieur se traduisant à la station debout par une empreinte très modérée du disque sur la portion antérieure du fourreau dural.

Dans un rapport médical du 31 mai 2001 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), la Dresse W._____ a attesté d'une incapacité totale de travail de l'assuré aussi bien dans son activité habituelle de chauffeur poids lourds que dans toute activité adaptée, depuis le 19 octobre 1999. Elle a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques avec sciatgies à prédominance droite et de léger bombement discal paramélien droit L4-L5 sur relâchement ligamentaire entraînant une compression de la racine S1 et des décharges électriques jusqu'au talon droit, existant depuis le 18 octobre 1999. Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué un état anxio-dépressif réactionnel présenté par l'intéressé depuis qu'il est malade, des épisodes de gastrite et des migraines ophtalmiques.

L'assuré a déposé le 20 octobre 2000 une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente. Il indiquait souffrir d'une lombosciatique aiguë depuis le mois d'octobre 1999, ainsi que d'une dépression réactionnelle. Il précisait qu'il était suivi pour le traitement de ces affections par la Dresse W._____.

Dans un avis médical du 1^{er} novembre 2001, le Dr Z._____ du Service médical régional de l'OAI (ci-après: le SMR) a relevé qu'aucun des spécialistes consultés ne se prononçait sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assuré et qu'il n'était pas fait mention de consultation chez un psychiatre. Il proposait dès lors de convoquer l'assuré pour un examen tridisciplinaire auprès du SMR. Cet examen

clinique pluridisciplinaire a été organisé le 19 avril 2002. Dans leur rapport du 22 avril suivant, les Drs Z._____, P._____, rhumatologue FMH, et O._____, psychiatre, du SMR ont retenu les diagnostics suivants:

- «- Trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4)
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11)
- Personnalité émotionnellement labile, type impulsif, avec des traits paranoïaques (F60.30)
- Troubles statiques rachidiens et modérément dégénératifs.»

Sur le plan rachidien, les praticiens susmentionnés ont retenu que les constatations limitaient le port de charges à 25 kg, et la position assise sans changer de position plus d'une heure, ainsi que les mouvements répétitifs en antéflexion et rotation du tronc, vu l'anomalie de la charnière lombo-sacrée. Ils étaient d'avis que les activités de chauffeur poids lourds et de ferblantier-couvreur étaient limitées à 50%. Dans une activité adaptée à ces limitations, la capacité était entière sur le plan ostéo-articulaire. Du point de vue psychiatrique, ils estimaient, sur la base de leur observation clinique et du dossier médical, que l'assuré présentait actuellement une capacité de travail exigible dans une activité adaptée à 50% et dans son activité habituelle à 50%.

Sur la base de cet examen pluridisciplinaire, le Dr Z._____ du SMR a estimé dans son rapport d'examen du 7 mai 2002 que l'atteinte à la santé somatique permettait une pleine capacité de travail dans une activité légère, mais que c'était l'atteinte à la santé psychique, plus particulièrement les troubles de la personnalité dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, qui réduisait de 50% la capacité de travail en toute activité.

Dans un projet d'acceptation de rente du 3 juin 2002, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de lui allouer une rente d'invalidité à partir du 1^{er} octobre 2000, fondée sur un taux d'invalidité de 50%.

Dans leur rapport médical du 5 août 2002 à l'OAI, la Dresse H._____ et le Dr X._____ de l'Hôpital psychiatrique Q._____,

psychiatres traitants de l'assuré depuis le mois de décembre 2001, ont posé les diagnostics suivants en réponse aux questions de l'OAI :

«Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique à caractère mélancoliforme F 32.2
Trouble somatoforme douloureux persistant F 45.4
Personnalité émotionnellement labile, type impulsif, avec des traits paranoïaques F 60.30»

Ils précisait que ces diagnostics existaient en tout cas depuis octobre 1999 pour les deux premiers. Ils ajoutaient ce qui suit: «Le pronostic nous paraît réservé, celui-ci [réd.: l'assuré] se trouvant actuellement dans un état de régression et de dépendance très sévère, fonctionnant sur un mode opératoire avec une capacité à la mentalisation ainsi qu'à l'introspection très limitée, mettant à mal toute prise en charge de type psychothérapeutique et ce particulièrement dans une situation où ce dernier ne voit plus d'espoir, incapable de formuler une demande d'aide. Il semble d'ailleurs actuellement s'étayer essentiellement sur des ressources caractérielles et projectives, mettant par ailleurs à mal le soutien essentiel apporté par sa femme et nous amenant à rejoindre les conclusions du rapport d'examen SMR concernant un risque suicidaire important à moyen terme.»

Ils estimaient le taux d'incapacité de travail de l'assuré à 100% s'agissant d'«un patient pour qui les conclusions du rapport d'examen SMR sur une capacité de travail à 50% semble le placer dans une position narcissiquement insupportable devant une exigence de travail qu'il ne peut assumer avec les risques inhérents d'un effondrement encore plus massif chez un patient pour qui la précarité de sa situation tant sociale que financière semble être un facteur important de la chronification actuelle ainsi que de l'épuisement familial.» Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées.

Par décision du 28 octobre 2002 reprenant les termes du projet, l'OAI a octroyé une demi-rente d'invalidité à V._____, fondée sur un degré d'invalidité de 50%, dès le 1^{er} octobre 2000, ainsi qu'une demi-rente complémentaire pour conjoint, dès la même date.

B. Par acte de recours du 27 novembre 2002, l'assuré a attaqué la décision du 28 octobre 2002, motif pris qu'en raison de son invalidité physique et psychique, il était totalement incapable de travailler. Il faisait notamment valoir la position du Dr X._____, de l'Hôpital psychiatrique Q._____, dans son rapport du 5 août 2002. Il ajoutait que l'OAI n'avait pas examiné les possibilités de réadaptation professionnelle et, ce faisant, avait failli à son obligation d'instruire le cas. Le 18 décembre 2002, V._____ a produit un nouveau rapport du Dr X._____ confirmant celui du mois d'août 2002.

Dans sa réponse du 26 mai 2003, l'OAI a conclu au rejet du recours en se fondant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du SMR du 22 avril 2002.

Par jugement du 20 janvier 2004, le Tribunal des assurances du canton de Vaud (cause AI 443/02 - 158/2004) a réformé la décision du 28 octobre 2002 en ce sens qu'il a reconnu à V._____ le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2000.

Saisi d'un recours de l'OAI, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après: TFA; depuis le 1^{er} janvier 2007: le Tribunal fédéral) a, par arrêt du 24 octobre 2005 (cause I 460/04), réformé ce jugement en ce sens que la décision de l'OAI du 28 octobre 2002 était annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, en raison des contradictions existant entre les avis des psychiatres de l'Hôpital psychiatrique Q._____ sur lesquels le Tribunal des assurances s'était fondé, et ceux du SMR, notamment l'avis de la Dresse O._____, que la juridiction cantonale avait écartés (cf. consid. 5). Le TFA a constaté que l'OAI en charge de l'instruction n'avait pas cherché à faire toute la lumière sur les divergences de vues et avait statué sans établir les faits pertinents. L'OAI devait dès lors procéder à un complément d'instruction et solliciter un nouvel avis psychiatrique et déterminer notamment si les affections psychiques pouvaient le cas échéant constituer une comorbidité grave au

trouble somatoforme douloureux susceptible de le rendre invalidant aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 130 V 352).

C. Ignorant à l'époque que l'assuré avait interjeté un recours au Tribunal des assurances contre sa décision du 28 octobre 2002, l'OAI a repris l'instruction du cas. Le 23 octobre 2002, le Dr Z._____ du SMR a demandé au Dr X._____ de préciser divers points d'ordre médical, notamment le moment de l'aggravation du trouble dépressif. Les médecins de l'Hôpital psychiatrique Q._____ ont répondu au SMR le 10 décembre 2002 que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis 1999, tout en s'étonnant des conclusions de l'expertise du SMR concernant la capacité de travail.

Dans le cadre d'une procédure de révision de la prestation accordée par décision du 28 octobre 2002, la Dresse O._____ a admis que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré et que sa capacité de travail était désormais nulle depuis le 22 novembre 2002 (cf. communication interne du 16 janvier 2003). Dans un avis médical du 17 janvier 2003, le Dr Z._____ a relevé qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le 12 novembre 2002, date à partir de laquelle l'incapacité de travail était de 100% en toute activité, était admise, précisant qu'il s'agirait de faire une révision au plus tard dans une année. L'OAI a dès lors porté le taux d'invalidité à 100% et a alloué une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} février 2003, par décision du 17 février 2003, contre laquelle l'assuré a formé opposition.

L'OAI n'a pas rendu de décision sur opposition du fait du recours pendant contre sa décision du 28 octobre 2002. En l'absence d'une telle décision sur opposition, la décision du 17 février 2003 est restée contestée. L'OAI a toutefois servi à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2003.

D. A la suite de l'arrêt de renvoi du TFA, l'OAI a repris l'instruction du cas et mandaté le Dr N._____, spécialiste FMH psychiatrie - psychothérapie, pour procéder à une expertise psychiatrique. Ce praticien

a établi son rapport le 3 juin 2006. L'expert a notamment relevé ce qui suit:

«L'analyse aujourd'hui de cet enchaînement diagnostique semble se baser sur des conclusions assez hâtives, des observations répétées sans interrogation et surtout des notions subjectives de l'assuré. L'essentiel des éléments retenus pour les diagnostics est issu des énoncés de Monsieur V._____ et jamais mis en corrélation entre les observations (qui sont en partie plutôt rassurantes) et les éléments de la réalité extérieure.»

L'expert s'est étonné par ailleurs que seules deux substances antidépressives aient été appliquées et documentées pendant les années de suivi, sans que les médecins traitants n'aient procédé à des changements ou une augmentation de substances, à une combinaison de médicaments, etc., conformément aux règles s'appliquant en cas de dépression résistante. Il a relevé en outre l'absence d'hospitalisation en milieu psychiatrique, que les usages et les règles éthiques en vigueur auraient nécessité si l'état clinique avait été aussi dramatique que décrit. L'expert a encore noté que son examen montrait un status nettement plus clément que décrit en 2002; ainsi, l'application des critères de la CIM-10 lui permettait d'exclure un état dépressif dans le sens clinique, un trouble de la personnalité dans le sens invalidant, et de constater que les critères pour retenir un trouble somatoforme douloureux n'étaient pas donnés. Il posait dès lors le diagnostic de dysthymie et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques (et sociales), et était d'avis qu'«en conclusion assécurologique, un tel état pourrait donner droit au grand maximum à une incapacité de travail de 30%. Ce taux pourrait se relativiser encore avec la notion du deuxième diagnostic mentionné et un traitement antidépressif ou stabilisant respecté».

Le Dr L._____ du SMR s'est déterminé sur cette expertise dans un avis médical du 1^{er} septembre 2006 et a conclu que celle-ci ne confirmait pas l'aggravation diagnostiquée par les psychiatres traitants en 2002, et admise par l'OAI dès le 22 novembre 2002, après un entretien avec le psychiatre traitant. Il en résultait, conformément à l'examen du SMR du 19 avril 2002 (Dresse O._____ [sic]) une incapacité de travail de 50% entre 2000 et 2002, puis une évolution favorable dès le 12 mai 2003,

l'assuré ayant arrêté tout traitement psychiatrique. La capacité de travail se situait dès lors entre 50 et 70%, une appréciation plus précise n'étant pas possible au vu de l'absence de toute prise en charge psychiatrique dès le début de 2003. Depuis l'expertise du Dr N._____, la capacité de travail était de 70 pour-cent.

Compte tenu de ces éléments, l'OAI a rendu le 15 novembre 2006 un projet d'acceptation de rente par lequel il reconnaissait à V._____ le droit à une demi-rente d'invalidité (fondée sur une incapacité de travail de 50% dans toute activité) du 1^{er} octobre 2000 au 31 août 2003, soit trois mois après l'amélioration constatée en mai 2003 (savoir l'arrêt de tout suivi psychiatrique, la capacité de travail exigible s'élevant à 70% dès le 12 mai 2003). Le même jour, l'OAI a adressé à la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après: CCVD) un courrier à la teneur suivante:

«Un recours contre la décision du 28.10.2002 a été déposé, et cette décision réformée par jugement du 20.01.2004 du TCA. Selon l'arrêt du 24.10.2005, le recours a été admis et le jugement du TCA du 20.01.2004 est réformé.
Cependant, l'assuré étant toujours au bénéfice d'une rente entière, ces prestations n'auraient pas dû être versées, il s'agit de demander dans la mesure du possible la restitution et d'examiner les conditions de la remise.»

La CCVD a informé l'OAI par courrier du 6 décembre 2006 qu'il n'était plus possible de demander la restitution des prestations versées indûment, le délai d'un an depuis que l'OAI avait reçu l'arrêt du TFA en date du 10 novembre 2005 étant dépassé. La CCVD déclarait mettre par conséquent un terme au versement de la rente avec effet au 31 décembre 2006.

V._____ a contesté le 15 décembre 2006 le projet de décision de l'OAI, en demandant l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} octobre 2000 et en faisant valoir que la décision de l'OAI du 17 février 2003 et l'avis du Dr Z._____ du SMR du 17 janvier 2003 reconnaissaient une incapacité totale de travail depuis le 12 novembre 2002.

Par décision du 15 décembre 2006, le droit à la rente a été supprimé dès le 31 décembre 2006.

L'assuré a produit, le 26 février 2007, un rapport de la Dresse H._____ de l'Hôpital psychiatrique Q._____ du 19 février précédent, qui indiquait notamment que l'assuré n'avait plus consulté sur le plan psychiatrique depuis mai 2003.

L'OAI a rendu un nouveau projet d'acceptation de rente le 3 avril 2007, accordant à V._____ une rente d'invalidité de durée limitée pour la période du 1^{er} octobre 2000 au 31 août 2003, savoir une demi-rente du 1^{er} octobre 2000 au 31 janvier 2003, puis en raison d'une aggravation de l'état psychiatrique dès le 22 novembre 2002, une rente entière du 1^{er} février 2003 (trois mois après l'aggravation) au 31 août 2003, date à laquelle la rente était supprimée, trois mois après l'amélioration constatée dès mai 2003.

V._____ a formé opposition à ce projet le 30 avril 2007, renvoyant à sa précédente opposition du 15 décembre 2006. Il a critiqué l'expertise du Dr N._____ et relevé les contradictions avec l'avis du Dr Z._____ du SMR du 17 janvier 2003. Il concluait à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% dès le 1^{er} octobre 2000.

Par décision du 22 juin 2007, faisant suite à une détermination sur l'opposition formée par l'assuré le 30 avril 2007 et une motivation du droit à la rente du 16 mai 2007, l'OAI a confirmé son projet de décision du 3 avril 2007. L'OAI relevait notamment dans la motivation du droit à la rente que par arrêt du 24 octobre 2005, le TFA avait annulé sa décision du 28 octobre 2002 et renvoyé la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision, et qu'il y avait ainsi lieu de considérer que le TFA avait implicitement annulé sa décision du 17 février 2003.

E. Représenté par l'avocate Irène Wettstein Martin, V._____ a recouru le 27 août 2007 contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès et y compris le 1^{er} octobre

2000. Il conteste la valeur de l'expertise psychiatrique du Dr N._____, mise en œuvre par l'OAI. Il note que l'OAI s'écarte aussi de l'avis de l'expert, dans la mesure où l'office retient une incapacité de 50% dès octobre 1999 et de 100% dès le 22 novembre 2002 jusqu'au 12 mai 2003. Le recourant note aussi que l'OAI est plusieurs fois revenu sur les décisions rendues concernant le droit à la rente. Il estime peu crédible qu'une incapacité de travail liée essentiellement à des problèmes psychiques puisse aller en s'aggravant de 50 à 100% puis disparaître totalement. Une diminution progressive du taux d'incapacité de travail serait plus explicable. Il se réfère aux rapports de l'Hôpital psychiatrique Q._____ attestant d'une incapacité de travail de 100% de 1999 à ce jour.

L'OAI a renoncé à se déterminer.

F. Par jugement du 17 juin 2008, le Tribunal des assurances du canton de Vaud (cause AI 316/07 - 299/2008) a rejeté le recours de V._____ et réformé d'office la décision du 22 juin 2007 en ce sens que le droit de l'assuré à la rente d'invalidité n'était pas ouvert, faute d'atteinte à la santé invalidante.

Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal fédéral a, par arrêt du 9 juin 2009 (cause 9C_846/2008), annulé le jugement rendu le 17 juin 2008 par le Tribunal des assurances du canton de Vaud et renvoyé la cause à cette autorité, au motif que ce dernier n'avait pas procédé conformément à la procédure prévue par l'art. 61 let. d LPGA s'agissant d'une reformatio in peius, l'assuré n'en ayant pas été averti, et la possibilité ne lui ayant pas été offerte de se déterminer sur une réforme de la décision attaquée à son détriment, respectivement de retirer son recours.

Les parties ont été informées par courrier du 8 juillet 2009 qu'à la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral du 9 juin 2009, une nouvelle cour serait constituée, et que selon son appréciation, la procédure de l'art. 61 let. d LPGA serait observée.

E n d r o i t :

1. **a)** Par arrêt du 9 juin 2009, le Tribunal fédéral a annulé le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 17 juin 2008, et renvoyé la cause à dite instance.

b) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi, sont traitées selon cette dernière.

 La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc 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 (ATF 125 V 413 c. 2c, 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant. Ce dernier conteste la décision de l'OAI, en critiquant en particulier l'expertise du Dr N._____, qui ne constitue selon lui qu'un troisième avis divergent par rapport à ceux de ses psychiatres traitants et ceux du SMR. Il estime peu cohérent de retenir, sur une courte période, une aggravation des troubles psychiques, entraînant une incapacité totale, puis une amélioration, quelques mois après, justifiant la suppression de toute prestation.

3. a) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 c. 1.2).

b) Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) consécutives à la 4^e révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 445; voir également ATF 130 V 329). A partir du 1^{er} janvier 2008 est entrée en vigueur la 5^e révision de la LAI, dont les normes sont applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à cette modification législative.

En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité que ce soit sous l'empire de la 4^e révision de la LAI (ATF 130 V 343 c. 3.4.; TFA I 7/05 du 17 mai 2005 c. 2 et I 249/04 du 6 septembre 2004 c. 4) ou de la 5^e révision de cette loi.

4. a) Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. notamment TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 c. 1.2; 8C_104/2009 du 14 décembre 2009 c. 2; 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 c. 3).

En vertu de l'art. 17 al. 1 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et,

partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 c. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée 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 prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 c. 2.1 et les références).

Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si l'incapacité 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.

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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. L'art. 6 LPGA définit la notion d'incapacité de travail comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique. En cas d'incapacité de gain de longue durée, l'activité exigible de sa part peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

c) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, 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 2/3% au moins. A partir du 1^{er} janvier 2004, 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008).

d) 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 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). 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. 3c, 105 V 156 c. 1; Pratique VSI 2/2002 p. 64 c. 4b/cc; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a et la référence citée; TF 8C_861/2009 du 20 avril 2010 c. 3.1 et 9C_813/2009 du 11 décembre 2009 c. 2.1). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné (TF 8C_420/2010 du 27 octobre 2010 c. 4.3 et 8C_65/2010 du 6 septembre 2010 c. 3.1). L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 8C_65/2010 du 6 septembre 2010 c. 3.1 et 9C_53/2009 du 29 mai 2009 c. 4.2 et les arrêts cités).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 c. 3.2 et I 81/07 du 8 janvier 2008 c. 5.2). Cependant, 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 références citées; Pratique VSI 2/2001 p. 106 c. 3b/bb

et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 c. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008 c. 4.2).

e) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 127 V 294 c. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 c. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.1).

Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 132 V 65 c. 4.2.1; 130 V 354 c. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 c. 4.2.1; 131 V 50). Eu égard à des caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 c. 4.1 et les références citées).

Le TFA a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V

65 c. 4.2.2; 131 V 49; 130 V 354). Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (en matière de trouble somatoforme douloureux: ATF 130 V 358 c. 3.3.1 et la référence citée). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 c. 3.2 et les références citées).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 c. 4.2.2; 131 V 49; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 c. 3.2 et les références citées).

5. a) En l'espèce, au plan somatique, les Drs K._____ et G._____ retiennent le diagnostic de syndrome lombo-vertébral (lettre de sortie du 22 novembre 1999). La Dresse C._____ diagnostique une lombo-sciatalgie droite chronique dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs avec dysbalance musculaire et dysfonction sacro-iliaque droite probable (rapport médical du 21 avril 2000). Le Dr R._____ constate uniquement une discopathie L4-L5 avec un discret relâchement ligamentaire postérieur (cf. sa lettre du 7 juillet 2000). La Dresse W._____, médecin traitant, reprend les diagnostics de lombalgies chroniques avec sciatalgies à prédominance droite et de léger bombement discal paramédian droit L4-L5 sur relâchement ligamentaire dans son rapport médical du 31 mai 2001 à l'OAI. Le recourant a alors été soumis à un examen pluridisciplinaire auprès du SMR. A cette occasion, le diagnostic de troubles statiques rachidiens et modérément dégénératifs a été posé. Les médecins du SMR ont indiqué que ces constatations limitaient le port de charges à 25 kilos, la position assise sans changer de position plus d'une heure, ainsi que les mouvements répétitifs en antéflexion et rotation du tronc. Ils expliquent que les activités de chauffeur poids lourds et de ferblantier-couvreur sont limitées à 50% de ce fait, mais que dans une activité adaptée à ces limitations, la capacité de travail au plan ostéo-articulaire est entière. Aucun élément ne vient contredire l'appréciation des médecins du SMR à cet égard. Il convient ainsi de retenir que le recourant, au plan somatique, présente une capacité de travail de 50% dans ses anciennes professions de chauffeur poids lourds et ferblantier-couvreur, mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. C'est le lieu de relever que dans son arrêt du 24 octobre 2005, le TFA constatait déjà que l'incidence des affections somatiques du recourant sur sa capacité de travail n'était ni contestée, ni sujette à discussion, et qu'il suffisait à cet égard de se référer au jugement du Tribunal des assurances du 20 janvier 2004, qui retenait une capacité de travail entière dans une activité adaptée (cf. ATFA I 460/04 c. 3).

b) S'agissant de la problématique psychiatrique, on observe que les Drs G._____ et K._____, qui ne sont certes pas psychiatres,

relevaient déjà dans leur lettre de sortie à la Dresse W._____ du 22 novembre 1999 une composante d'angoisse ainsi qu'un important stress psycho-social. La Dresse C._____, lors d'un examen du recourant du 7 avril 2000, observait une composante de surcharge psychogène probable chez un patient paraissant très anxieux et dépressif. La Dresse W._____ notait en outre dans son rapport médical du 31 mai 2001 à l'OAI que son patient présentait un état anxio-dépressif réactionnel, retenant toutefois que ce diagnostic était sans répercussion sur la capacité de travail.

Le recourant a ensuite été soumis à une expertise pluridisciplinaire auprès du SMR. Les conclusions de l'examen du 19 avril 2002 retiennent comme atteinte principale un trouble somatoforme douloureux persistant, avec trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, chez une personnalité émotionnellement labile, type impulsif à traits paranoïaques (F45.4, F33.11, F60.30). La capacité de travail exigible est réduite de 50% dans toute activité, en raison de l'atteinte à la santé psychique, plus particulièrement des troubles de la personnalité dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, cela dès le 19 octobre 1999.

Certes, le volet psychiatrique a été élaboré par la Dresse O._____, qui n'avait alors pas l'autorisation de pratiquer à titre dépendant, si bien que la valeur probante du volet psychiatrique du rapport du SMR du 22 avril 2002 s'en trouve affaiblie et qu'il n'est pas possible de se fonder sur ce rapport pour en tirer des conclusions (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 31 août 2007 [I 65/07], dont les principes ont été confirmés notamment par arrêts du 26 septembre 2007 [I 47/07, ad TAss VD, D. c. O., du 2 novembre 2006, AI 85/05 - 191/2006] et du 18 février 2008 [I 51/07, ad TAss VD, C. c. O., du 27 novembre 2006, AI 18/04 - 208/2006]). Cela étant, le Dr Z._____ du SMR a également confirmé dans son rapport d'examen du 7 mai 2002 que c'était l'atteinte à la santé psychique du recourant qui réduisait sa capacité de travail de 50% en toute activité.

S'agissant de la date de la survenance de l'atteinte à la santé psychique, il y a lieu d'admettre qu'elle remonte au mois d'octobre 1999. En effet, la Dresse W._____ constate que son patient présente un état anxio-dépressif «depuis qu'il est malade», soit dès octobre 1999. Les médecins de l'Hôpital J._____ ont également noté la composante d'anxiété et un important stress psycho-social en novembre 1999. Les médecins de l'Hôpital psychiatrique Q._____ et du SMR sont également d'avis que cette atteinte est survenue en octobre 1999.

Au demeurant, les médecins de l'Hôpital psychiatrique Q._____, psychiatres traitants, retiennent les mêmes diagnostics que le SMR dans leur rapport du 5 août 2002, estimant par contre, pour ce qui est du trouble dépressif récurrent, que l'épisode actuel est sévère sans symptôme psychotique à caractère mélancoliforme, et non un épisode moyen avec syndrome somatique, comme les médecins du SMR. Cela étant, c'est essentiellement en raison du manque d'introspection du recourant que le pronostic posé par les médecins de l'Hôpital psychiatrique Q._____ est très réservé et que l'incapacité de travail est évaluée à 100%. Dans leur rapport du 10 décembre 2002, les psychiatres de l'Hôpital psychiatrique Q._____ confirment que l'état de l'assuré est resté stable depuis 1999, et qu'il est superposable à celui constaté par la Dresse O._____. Cette dernière a néanmoins retenu qu'il convenait de tenir compte d'une aggravation de l'état du recourant dès le 22 novembre 2002. Le Dr Z._____ a suivi cette proposition dans son avis médical du 17 janvier 2003.

A la suite de l'arrêt du TFA du 24 octobre 2005, un rapport d'expertise a été confié au Dr N._____, qui l'a rendu le 3 juin 2006. L'expert fonde ses observations et conclusions sur le dossier asséculo-logique et médical du recourant, et sur son entretien avec celui-ci. Le rapport d'expertise comprend une anamnèse complète, une description des plaintes, un résumé du dossier médical, des constatations cliniques et une discussion. Il se conclut par la pose de diagnostics selon la CIM-10 et des conclusions, ainsi qu'une réponse aux questions posées. Le rapport d'expertise du Dr N._____ remplit donc toutes les conditions

posées par la jurisprudence pour que pleine valeur probante lui soit reconnue.

Cette expertise approfondie et bien motivée n'est pas sérieusement mise en cause par le recourant sur des points précis. L'argumentation de ce dernier consiste surtout à contester ses conclusions et à relever qu'elle diverge des avis médicaux posés antérieurement par les médecins traitants de l'Hôpital psychiatrique Q. _____ et par le SMR.

Cela étant, l'expert, s'il affirme que les conclusions des précédents médecins étaient hâtives, observe que le status est nettement plus clément qu'en 2002. Analysant le cas selon les critères de la CIM-10, il conclut qu'il n'y a pas d'état dépressif dans le sens clinique (divers intérêts maintenus; pas de perte d'énergie; pas de diminution ni de difficultés de la concentration ou de l'attention; pas d'idées démesurées de culpabilité et de dévalorisation; pas d'idées ou d'actes auto-agressifs ou suicidaires; pas de diminution de l'appétit [poids] significative). Il n'y a pas non plus de trouble de la personnalité dans un sens invalidant (pas de perturbations sévères; pas de difficultés personnelles et sociales considérables; pas de troubles apparus dans l'enfance ou à l'adolescence, qui persisteraient à l'âge adulte; pas de mode de comportement anormal durable; pas de dégradation du fonctionnement professionnel et social; pas d'identité perturbée; pas d'hospitalisation ni de démêlé avec la justice en lien avec la problématique; pas de diminution de la responsabilité civile et de la conduite en tant que citoyen). Enfin, les critères pour retenir un trouble somatoforme invalidant ne sont pas donnés (pas de comorbidité psychiatrique importante; pas d'affection corporelle chronique, selon les somaticiens; pas de perte d'intégration sociale; pas d'état psychique cristallisé; assuré non observant des traitements, présentant une collaboration et une compliance mauvaises; divergences entre symptômes décrits et comportement observé; caractéristique des douleurs vague ou différenciée; efforts thérapeutiques invalidés; pas de conflit émotionnel important; facteurs psychosociaux et culturels dominants; appréciation actuelle dans la situation conflictuelle). L'expert retient dès lors les diagnostics de dysthymie (F34.1), qui désigne le mal-être existant et décrit

par l'assuré, et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques et sociales (F68.0). Un tel état donne droit au maximum à une incapacité de travail de 30%, taux qui pourrait se relativiser avec le deuxième diagnostic qui concerne une symptomatologie purement surajoutée et la mise en place d'un traitement antidépresseur ou stabilisant qui soit respecté.

Pour le surplus, l'expert observe que les rapports psychiatriques datent de 2002 et que l'assuré a arrêté tout suivi psychiatrique dès mai 2003, soit depuis le moment où la rente entière lui a été accordée, estimant que "ce suivi n'a rien du tout apporté" et qu'"il n'était plus nécessaire".

L'OAI, sur la base de cette expertise, a rendu un projet d'acceptation de rente le 3 avril 2007, reconnaissant au recourant le droit à une demi-rente du 1^{er} octobre 2000 au 31 janvier 2003, puis à une rente entière du 1^{er} février 2003 au 31 août 2003, projet confirmé par décision du 22 juin 2007 ici attaquée.

Le rapport établi le 19 février 2007 par l'Hôpital psychiatrique Q._____ confirme que V._____ n'est plus suivi sur le plan psychiatrique depuis 2003. Il se réfère aux rapports médicaux antérieurs. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'intéressé au jour du rapport. Il pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et de probable trouble de la personnalité, sans précision, diagnostics posés en 2001. Ces diagnostics ont une répercussion sur la capacité de travail. En revanche, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, également posé en 2001, est sans répercussion sur la capacité de travail.

Compte tenu de ce qui précède, il convient de retenir que l'état de l'assuré s'est effectivement amélioré en mai 2003, date dès laquelle il n'a plus consulté sur le plan psychiatrique, et qu'il présente dès cette date une capacité de travail raisonnablement exigible de 70% au moins, conformément au rapport d'expertise du Dr N._____.

Certes, l'expert n'a pas confirmé l'aggravation diagnostiquée par les psychiatres traitants en 2002. Néanmoins, l'OAI a admis dans sa motivation du 16 mai 2007 une incapacité de travail de 50% dès octobre 1999, et de 100% dès le 22 novembre 2002, jusqu'en mai 2003. Cette appréciation de la situation, qui se révèle favorable au recourant, peut dès lors être confirmée.

Pour le surplus, il y a lieu de relever que le rapport de l'Hôpital psychiatrique Q. _____ du 19 février 2007 ne contredit pas l'expertise du Dr N. _____ et n'apporte aucun élément nouveau propre à justifier que soit retenue une incapacité de travail de plus de 30% chez le recourant dès le mois de mai 2003.

c) Selon l'article 29 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b; ATF 129 V 411 c. 2.1, ATF 126 V 5 c. 2b, ATF 119 V 98 c. 4a). In casu, l'assuré a donc droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2000, l'incapacité de travail ayant débuté le 18 octobre 1999, jusqu'au 31 janvier 2003 (3 mois après l'aggravation constatée dès le mois de novembre 2002) (cf. art. 88a al. 2 RAI). En l'espèce, la demi-rente est remplacée par une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2003, date à laquelle le taux d'invalidité est de 100% (art. 28 LAI), en raison d'une modification des circonstances au sens de l'art. 17 LPGA. La rente est ensuite supprimée le 31 août 2003, trois mois après l'amélioration constatée en mai 2003 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

d) A noter que V. _____ a touché une demi-rente jusqu'au 31 janvier 2003 et une rente entière jusqu'au 31 décembre 2006, date à laquelle la CCVD a supprimé tout droit à la rente. La restitution des prestations versées à tort n'est pas possible, l'OAI n'en ayant pas fait la

demande dans l'année suivant la connaissance de l'arrêt du TFA (art. 25 al. 2 LPGA).

6. En résumé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 juin 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Irène Wettstein Martin, avocate (pour V. _____),
- 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 :