

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 novembre 2011

---

Présidence de M. NEU  
Juges : Mme Röthenbacher et M. Métral  
Greffière: Mme Favre

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à La Tour-de-Peilz, recourant, représenté par Me Romano Buob,  
avocat à Vevey,

et

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

---

**Art. 4, art. 28 al. 2 LAI, art 28 al. 1, art 29 aLAI; art. 88a RAI, art.  
6, art. 7, art. 8 al. 1, art. 16 LPG**A

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1954, ressortissant serbe, en Suisse depuis 1993, a travaillé en qualité de soudeur. Il est en incapacité de travail depuis le 9 août 2005, et a perçu des indemnités journalières de l'assurance perte de gain maladie depuis cette date jusqu'au 30 juin 2006.

**B.** L'intéressé est également au bénéfice de moyens auxiliaires de l'assurance-invalidité depuis le 28 mars 2000, en raison d'une grave surdité bilatérale.

**C.** Le 15 juin 2006, K.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de rente d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI).

Dans un rapport du 11 juillet 2006 adressé à l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sur troubles statiques et discopathie L5 - S1, de troubles somatoformes dans le cadre d'un épisode dépressif, et d'obésité; sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu de l'hypertension artérielle (HTA), de l'hyperlipidémie et du diabète de type II. Le médecin traitant attestait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de l'assuré, et de 50% dans une activité adaptée.

Il joignait à son rapport divers documents médicaux dont un rapport du 22 février 2006 du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et maladie rhumatismales, mandaté en qualité d'expert par l'assureur perte de gain maladie. Ce médecin avait posé le diagnostic de troubles statiques et discopathie L5-S1 débutante, limitant totalement la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de soudeur. Il attestait une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée (voire 75 à 100% selon l'activité exercée), respectant les limitations fonctionnelles suivantes: pas de port de charge de plus de 10

kg de façon répétitive, alterner les positions durant la journée, pas de mouvement de porte-à-faux ou répétitif du tronc. Il précisait toutefois que son appréciation médicale ne tenait pas compte de l'état de santé psychique de l'assuré, qui devait être évalué par son psychiatre traitant, le Dr Z.\_\_\_\_\_. Il rendait compte cependant d'une modification du comportement de l'intéressé qui était devenu irritable et agressif avec sa famille.

Dans un rapport du 24 mai 2006, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptôme psychotique (F32.2), relevant dans l'anamnèse du patient une attitude agressive et interprétative au travail antérieure aux problèmes de santé sur le plan somatique.

Dans un nouveau rapport du 30 novembre 2006, le psychiatre traitant a précisé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptôme psychotique en voie de rémission (F 33.3), à l'origine d'une incapacité de travail de 100% dès le 14 mars 2006. Il notait l'absence d'amélioration sur le plan thymique, malgré la thérapie appliquée et une médication appropriée, mais relevait une certaine amélioration des troubles psychotiques avec une diminution des symptômes tels que interprétation, hallucinations auditives sporadiques. Son pronostic était cependant sombre.

Par avis du 15 mai 2007, le Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) a estimé nécessaire de mettre en œuvre un examen rhumatologique et psychiatrique, afin de préciser les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles de l'assuré.

Un examen clinique a été effectué le 4 octobre 2007 par les Dresses I.\_\_\_\_\_, généraliste, et V.\_\_\_\_\_, psychiatre, au SMR, en présence d'un interprète. Leur rapport du 26 novembre 2007 retient une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de soudeur pour des raisons ostéo-articulaires, mais entière dans une activité adaptée dès

septembre 2005. Sur le plan psychiatrique, aucune atteinte à la santé n'est retenue.

L'appréciation des médecins du SMR est motivée comme suit:

"Sur le plan psychiatrique, l'assuré est issu d'une anamnèse familiale et personnelle vierges jusqu'à un évènement apparu en 2005: dans un contexte de suspicion de relation extraconjugale de la part de son épouse, l'assuré devient irritable, un conflit conjugal s'installe avec une violence physique de la part de l'intéressé. L'épouse demande une prise en charge psychiatrique pour son mari, elle l'accompagne systématiquement auprès du psychiatre à qui elle se confie. L'assuré ne se prononce pas. Une prescription d'antidépresseurs et neuroleptique soulage la symptomatologie.

L'appréciation de ce jour met en évidence un assuré de bonne constitution psychique. Issu d'un milieu rural de Serbie et attaché à sa culture d'origine, il vit ses liens sentimentaux comme s'ils s'étaient déroulés au pays. A ce titre, il dit se permettre de frapper son épouse car ce geste est culturellement toléré dans sa patrie.

L'examen de ce jour ne met en évidence aucun signe spécifique de dépression; il n'y a pas non plus de séquelle dépressive qui serait notamment apparue sous forme de trouble de l'attention et de la concentration durant la période concernée.

L'appréciation de ce jour est donc formelle, l'assuré n'est pas atteint et n'a jamais eu de maladie dépressive d'une sévérité telle qu'elle aurait pu influencer son exigibilité professionnelle.

Le psychiatre traitant, le Dr Z.\_\_\_\_\_, mentionne dans ses rapports médicaux (RM du 30.11.2006 adressé à l'AI et RM du 24.05.2005 adressé à la CSS), le diagnostic de dépression sévère avec symptômes psychotiques voire trouble dépressif récurrent: il est possible que le psychiatre ait considéré la jalousie interprétative de l'assuré comme un symptôme psychotique et sa souffrance comme signe de dépression. En l'absence de signe de dépression, de psychose ni de séquelle dépressive à l'examen de ce jour, ces

diagnostics sont à intégrer dans sa problématique culturelle (contexte relationnel avec l'épouse). Ils ne prennent aucun caractère invalidant."

**D.** Le 6 août 2008, l'OAI a rendu un préavis de refus de rente d'invalidité.

Le 10 octobre 2008, l'assuré, désormais représenté par l'avocat Romano Buob, a présenté ses objections, estimant que l'instruction de son dossier était incomplète sur le plan somatique, notamment en raison de son problème de surdité, dont les répercussions sur sa capacité de travail n'avaient pas été investiguées par l'OAI. Sur le plan psychique, il contestait les conclusions du rapport du SMR du 26 novembre 2007 et joignait deux lettres du Dr Z. \_\_\_\_\_ des 24 septembre et 3 octobre 2008, dans lesquelles ce psychiatre confirmait l'incapacité totale de travail pour des raisons psychiatriques depuis le début de la prise en charge, et notait l'absence d'amélioration significative de l'état de santé de l'assuré.

Le 24 octobre 2008, l'assuré a également transmis à l'OAI un certificat médical du 14 octobre 2008 du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, attestant qu'il souffrait d'une surdité profonde bilatérale très handicapante, qui limitait sa capacité de travail dans tous les métiers nécessitant une audition correcte.

Ayant pris connaissance des rapports médicaux précités, le SMR a estimé que le psychiatre traitant ne faisait pas état d'éléments objectifs susceptibles de remettre en cause l'avis du psychiatre du SMR. Quant au problème de surdité bilatérale et des limitations fonctionnelles qui en résultaient, il devait être pris en compte dans l'évaluation de l'activité adaptée, mais ne modifiait pas, selon le SMR, l'exigibilité de la capacité de travail résiduelle de l'assuré (cf. avis médical du Dr [...] du 8 décembre 2008).

Le 18 février 2009, l'assuré a transmis à l'OAI un certificat médical du 17 février 2009 du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, qui attestait une capacité de travail de 40 à 50%, dans une activité légère, respectant les limitations fonctionnelles suivantes: pas de travail posté ni à la chaîne, pas de port de charge de plus de 10 kg de manière répétitive, pas de travaux en hauteur ni en déséquilibre, pas de rendement forcé ni de travaux lourds, alternance des positions assise, debout, et marche.

Dans un courrier du 10 août 2009, l'OAI a rejeté les objections de l'assuré, estimant en substance que les rapports médicaux produits par l'assuré postérieurement à l'examen bidisciplinaire du SMR du mois d'octobre 2007 ne faisaient pas état d'élément médical objectif susceptible de remettre en cause les conclusions pleinement probantes, selon lui, du rapport du SMR du 26 novembre 2007.

**E.** Le 24 août 2009, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité ayant la teneur suivante:

"Nous constatons qu'en raison de votre état de santé, vous présentez des incapacités de travail médicalement attestées depuis le 9 août 2005.

Après examen des différents documents portés à votre dossier, notamment le rapport d'examen clinique effectué par le Service médical régional AI (SMR), votre capacité de travail exigible est évaluée à 0 % dans votre activité habituelle. Par contre, dans une activité adaptée à votre état de santé, elle est évaluée à 100 % depuis le mois de septembre 2005.

[..]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4'732.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4'732.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.

[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 50'317.72.

Afin de déterminer votre degré d'invalidité, le gain sans invalidité doit être mis en comparaison avec le gain invalide. Sans atteinte à la santé vous auriez pu prétendre à un salaire annuel de Fr. 59'197.00 dans votre activité habituelle de soudeur, ce qui représente un degré d'invalidité de 15 % comme l'indique le tableau ci-après:

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 59'197.00

avec invalidité CHF 50'317.72

La perte de gain s'élève à CHF 8'879.28 = un degré d'invalidité de 15 %.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité."

**F.** Par acte du 24 septembre 2009, K. \_\_\_\_\_ recourt contre la décision précitée, concluant à sa réforme, dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité et de mesures professionnelles. Le recourant reproche à l'Office intimé d'avoir accordé une pleine valeur probante au rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 26 novembre 2007, qui lui reconnaît une capacité de travail entière dans une activité adaptée, en faisant fi des profondes discordances existant entre les médecins du SMR et les spécialistes qu'il a consultés. Ceux-ci attestent une capacité de travail résiduelle sur le plan somatique de 50% dans une activité adaptée,

et de 0% sur le plan psychique, quelque soit l'activité envisagée. Le recourant conteste, par ailleurs, le revenu d'invalidé retenu par l'Office intimé, estimant ne pas pouvoir, pour des raisons médicales, réaliser un revenu d'invalidé de l'ordre de 50'000 francs. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire et joint de nouveaux avis médicaux du Dr Z.\_\_\_\_\_ des 9 et 17 septembre 2009, confirmant en substance la teneur de ses précédents rapports, ainsi qu'un rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ du 22 septembre 2009, constatant la nécessité de procéder à une évaluation pluridisciplinaire de la capacité de travail résiduelle du recourant en raison des diverses comorbidités sur le plan somatique.

Dans sa réponse du 5 novembre 2009, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, au motif que le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR est, selon lui, pleinement probant. Il s'oppose en outre à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Le recourant a encore produit d'autres rapports médicaux de spécialistes consultés, attestant en substance l'existence des diverses atteintes à sa santé.

L'OAI a soumis ces rapports aux médecins du SMR, qui ont estimé, dans un avis du 10 février 2010, que ces documents ne contenaient aucun élément médical nouveau propre à modifier leur appréciation médicale.

**G.** Par avis du 23 février 2010, le juge instructeur a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à confier au Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après: le CEMed). Les parties ont été invitées à se prononcer sur le choix de l'expert et à déposer leur questionnaire dans le délai imparti à cet effet, ce qu'elles ont fait.

Cette expertise a été effectuée par les Drs S.\_\_\_\_\_, rhumatologue, G.\_\_\_\_\_, pneumologue et S.\_\_\_\_\_, psychiatre, qui ont

procédé à des examens cliniques les 22 juillet et 12 août 2010, au CEMed, en présence d'un interprète.

Leur rapport daté du 7 mars 2011 retient en particulier ce qui suit:

*"Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)*

[...]

- Lombalgies chroniques basses sur troubles dégénératifs modérés.
- Obésité tronculaire morbide avec relâchement de la musculature abdominale.
- Troubles graves de l'audition suite à une mastoïdite, avec vertiges.
- Polyarthrose des grandes articulations genoux, hanches, épaules.
- Personnalité paranoïaque (F60.0) de début indéterminé.
- Syndrome restrictif sur obésité.

*Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail*

[...]

- Syndrome des apnées du sommeil.
- Abscesses périnéo-scrotaux récidivants.
- Diabète non insulino-dépendant.
- Hypertension artérielle.
- Hypercholestérolémie.
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, sans syndrome somatique (F33.00) depuis 2005.

[...]

*Influences sur la capacité de travail*

[...]

Sur le plan physique

Pas de port de charges de plus de 5 kilos, pas de flexions antérieures du tronc fréquentes, pas d'exposition au froid, pas de travail sur une échelle, pas de déplacements importants ou difficiles (escaliers, terrain inégal), pas d'activité nécessitant une bonne audition.

Sur le plan psychique et mental

Faible capacité d'adaptation, caractère suspicieux avec comportement interprétatif.

[...]

*L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui dans quelle mesure (heures par jour) ?*

Non.

*Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure?*

*Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?*

Depuis 2005 au moins.

*Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?*

L'état s'est plutôt aggravé.

*En raison de ses troubles psychiques, l'assuré (e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?*

Actuellement non.

[...]

*D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré (e) ?*

Oui, après adaptation du traitement psychiatrique.

*Si oui à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?*

Après adaptation du traitement psychiatrique, soit prise plus régulière du Risperdal, une autre activité est théoriquement exigible, elle doit répondre aux critères suivants: pas de port de charges de plus de 5 kilos, pas de flexions antérieures du tronc fréquentes, pas d'exposition au froid, pas de longues stations debout au-delà de 15 minutes, pas de travail sur une échelle.

Une réévaluation sera cependant nécessaire.

[...]

*Questionnaire destiné à l'expert psychiatre*

*Quel est le diagnostic de l'atteinte psychique présentée par K. \_\_\_\_\_?*

- Personnalité paranoïaque.
  - Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à modéré, sans syndrome somatique (F33.00).
- [...]

*Ces troubles ont-ils valeur de maladie au plan médical?*

Oui.

*Sont-ils de nature à empêcher une activité professionnelle, quelle qu'elle soit, totalement ou partiellement?*

Actuellement le trouble de personnalité empêche complètement l'exercice d'une activité adaptée.

[...]

*Quel est votre pronostic ?*

Le pronostic est défavorable vu la structure de personnalité, les faibles possibilités d'amélioration, les faibles ressources personnelles, l'isolement social progressif et les importantes comorbidités somatiques.

*L'état du recourant est-il susceptible d'amélioration, et dans l'affirmative à quelle condition; au contraire, cet état est-il stationnaire ou risque-t-il de se péjorer?*

La possibilité existe, avec la prise régulière du Risperdal (neuroleptique), mais le résultat est très incertain parce que l'efficacité des neuroleptiques est faible dans cette indication.

*Si une activité lucrative n'est pas exigible, peut-on admettre que les troubles psychiques dont souffre le recourant ne lui permettent pas de mettre en valeur une quelconque capacité de travail?*

Il n'y a pas de limitation fonctionnelle dans son activité habituelle.

En revanche les limitations fonctionnelles l'empêchent de s'investir dans une nouvelle activité (adaptée) ou dans des mesures de réadaptation."

Sur le plan psychiatrique, l'appréciation médicale des experts est motivée comme suit:

"Sur le plan psychique, Monsieur K. \_\_\_\_\_ rapporte surtout de l'irritabilité, de l'énervement, parfois des violences physiques envers son épouse. Il se dit jaloux, a le sentiment qu'elle le trompe et qu'elle a recours à certains subterfuges pour entretenir une relation.

Il se plaint de troubles mnésiques.

Il a l'impression d'une accélération psychique et d'importantes ruminations. Celles-ci concernent son épouse ainsi que ses douleurs. Il est anxieux.

[...]

A l'examen clinique, on observe une très forte suggestibilité, car l'on a l'impression d'induire certains symptômes en posant des questions. Il n'y a pas de rétrécissement marqué du champ de la pensée sur les douleurs. En revanche, Monsieur K. \_\_\_\_\_ revient souvent sur le fait qu'il a la crainte que son épouse le trompe ou le délaisse. Il n'est pas particulièrement triste. En revanche, il semble en prise à des conflits intra psychiques et inter personnels.

[...]

Sur la base de ces éléments, il est difficile de poser un diagnostic de certitude. Le tableau clinique est assez protéiforme. Globalement, les plaintes suggestives sont plus importantes que les plaintes objectives.

Nous pouvons retenir un diagnostic de trouble dépressif récurrent. Il est assez difficile de préciser les épisodes antérieurs.

[...]

L'épisode actuel est à notre avis léger à modéré, sans véritable syndrome somatique. On n'observe pas de ralentissement psychique ni de baisse marqué du dynamisme. Monsieur K. \_\_\_\_\_ est triste mais n'exprime pas une souffrance envahissante.

Monsieur K. \_\_\_\_\_ est compliant au traitement antidépresseur, toutefois le taux est infrathérapeutique. Ce traitement peut donc être adapté ou changé voire potentialisé par d'autres psychotropes (stabilisateurs de l'humeur, neuroleptiques atypiques). Il est toutefois peu probable que cela amène à des changements

significatifs vu la structure de personnalité, le caractère chronique de l'affection et le contexte psycho-social.

Monsieur K. \_\_\_\_\_ est interprétatif. Il a le sentiment que son épouse le trompe. Dans le comportement, il s'est livré sans difficulté et il n'y avait pas de méfiance particulière. Nous n'avons pas non plus observé de bizarreries dans son comportement, ni d'incohérences marquées dans ses propos. Ainsi pour notre part, nous ne retenons pas de troubles psychotiques évidents.

En revanche, il y a une personnalité paranoïaque (F60.0) qui s'est décompensée dans le cadre de la perte de son travail. Le départ de son fils a aussi pu contribuer à cette décompensation psychique.

Cette affection n'explique pas la présence d'illusions visuelles. Dans ses courriers de 2009, le Dr Z. \_\_\_\_\_ ne décrit pas les symptômes psychotiques.

La réponse aux neuroleptiques est souvent décevante. Les neuroleptiques peuvent toutefois permettre un meilleur contrôle de l'agressivité par leur effet sédatif. La prise plus régulière du Risperdal (neuroleptique) est donc susceptible d'améliorer l'état clinique, mais l'importance de cette amélioration est difficilement prévisible.

Il n'est pas évident de retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ce diagnostic n'a pas été retenu par le Dr Z. \_\_\_\_\_, ni lors de l'examen pratiqué au SMR en 2007. En revanche, il avait été mentionné dans l'expertise rhumatologique du 22.02.06 du Dr C. \_\_\_\_\_ (troubles somatoformes/somatisation dans le cadre d'un épisode dépressif). Actuellement on ne retrouve pas de rétrécissement marqué du champ de la pensée sur les douleurs.

La possibilité d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F60.8) peut aussi être exclue vu l'absence de comportement algique ou de signe de Waddell à l'examen clinique.

En conclusion, Monsieur K.\_\_\_\_\_ présente une personnalité paranoïaque. Cette affection est responsable de limitations fonctionnelles. En raison de sa structure de personnalité, il est suspicieux et ceci complique ses relations interpersonnelles. Ses capacités d'adaptation sont aussi limitées.

Ces limitations fonctionnelles ne le limitent pas dans l'exercice de son activité de soudeur, car il est habitué à cet environnement. En revanche elles le limitent en vue d'exercer une autre activité adaptée à ses limitations somatiques. Ainsi Monsieur K.\_\_\_\_\_ n'est pas apte à entreprendre des démarches en vue de retrouver une activité adaptée.

Il devrait dès lors bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle, mais actuellement de telles mesures seraient très probablement vouées à l'échec parce que son état psychique est décompensé. Le problème de compliance au Risperdal doit être revu, afin de permettre une meilleure adhésion à ce traitement. Il faudra aussi explorer le problème des abcès sur lequel Monsieur K.\_\_\_\_\_ a beaucoup de peine à s'exprimer car la persistance de ce problème peut aussi contribuer à l'échec de mesures de réadaptation professionnelle.

En conclusion générale l'évaluation doit être globale sur le plan somatique, en tenant compte des multiples comorbidités, à savoir l'obésité morbide (BMI 38), le diabète, le syndrome des apnées du sommeil correctement traité, mais avec une fatigue résiduelle et des céphalées matinales, le trouble de l'audition graves contre-indiquant certaines professions et occasionnant des vertiges également.

[...]

L'état psychique est toujours caractérisé par une forte instabilité, celle-ci est responsable d'une incapacité de travail à 100%.

Cette instabilité peut être réduite par des mesures médicales. La capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée ne pourra être définitivement évaluée qu'ensuite.

Des mesures de réadaptation professionnelle seront alors nécessaires. Leur mise en place sera alors compliquée par des problèmes ORL et la barrière linguistique.

Le trouble de l'humeur est sans répercussion sur la capacité de travail.

En résumé, la capacité de travail est actuellement nulle sur le plan psychique et de 50% sur le plan somatique."

Le rapport d'expertise judiciaire a été communiqué aux parties pour détermination.

Dans son écriture du 7 avril 2011, l'OAI requiert un complément d'expertise et soumet un questionnaire supplémentaire à l'attention des experts. A l'appui de sa requête, il produit un avis médical du 30 mars 2011 du SMR qui a la teneur suivante:

"L'expertise judiciaire du CEMED, dont le plus grand mérite n'est pas la clarté, conclut à une incapacité de travail totale comme soudeur, ce que nous avons admis depuis 2007.

Il est estimé que l'exigibilité dans une activité adaptée est nulle en raison des troubles psychiques, à savoir une «personnalité paranoïaque de début indéterminé». Ainsi, nous ne savons pas si cette incapacité est antérieure à l'examen psychiatrique au SMR du 4.10.2007, qui ne retenait aucune atteinte psychiatrique incapacitante, ou si elle est postérieure. Dans le premier cas de figure, il resterait à l'expert psychiatre à expliquer pour quelles raisons, il est en désaccord avec les conclusions de l'examen de 2007. Dans le second cas de figure, il s'agirait alors d'une aggravation de l'état de santé que l'anamnèse devrait permettre de situer dans le temps.

Les experts ajoutent que la capacité de travail pourrait être améliorée après un traitement psychiatrique, «soit prise plus régulière du Risperdal », même si «l'importance de cette amélioration est difficilement prévisible ». Il reste à savoir si ce

traitement est médicalement exigible, quel est le gain de capacité de travail que l'on peut en attendre, et dans quel délai.

Les limitations fonctionnelles somatiques sont décrites en détail en page 25. Elles concernent le système ostéo-articulaire et respiratoire. Il est conclu à une capacité de travail médico-théorique de 50% dans une activité adaptée, sans autre explication. Pour notre part, nous avons peine à comprendre pourquoi une activité respectant toutes les limitations fonctionnelles décrites ne peut pas être exercée à plein temps.

En résumé, nous devons constater que cette expertise ne répond pas à nombre de questions importantes. En particulier, rien n'indique à quand remonte l'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques. Considérant ce qui précède, nous estimons qu'elle n'a pas de caractère probant."

Dans ses déterminations du 28 avril 2010, le recourant se rallie aux conclusions des experts judiciaires.

**H.** Dans un complément d'expertise du 14 juin 2011, le Dr F.\_\_\_\_\_, expert psychiatre du CEMed, a répondu aux questions posées par l'Office intimé de la manière suivante:

*"Depuis quand l'assuré présente-il une personnalité paranoïaque?"*

Sur le plan psychiatrique, il n'est pas possible de répondre avec certitude à cette question.

Les manifestations de trouble de la personnalité sont souvent insidieuses. Dans son rapport du 17.09.2009, le Dr Z.\_\_\_\_\_ mentionnait qu'il y avait un état dépressif avec des symptômes psychotiques. Toutefois il ne les décrivait pas en détail ce qui ne nous permet pas de nous baser sur ce rapport pour préciser au mieux la date d'apparition de ce trouble. Le rapport du 30.11.2006 du Dr Z.\_\_\_\_\_ posait le même problème car il retenait un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques en voie de rémission. Là à nouveau, il n'est pas possible de savoir de quelle symptomatologie en particulier il parle, est-ce qu'il s'agit plutôt des troubles de l'humeur ou des troubles psychotiques.

Ainsi l'évocation d'une symptomatologie psychotique pourrait correspondre à des traits paranoïaques mais cela n'est pas certain par manque de description clinique dans certains rapports médicaux.

*Si cette atteinte est apparue avant octobre 2007 (examen clinique au SMR), expliquer pourquoi l'avis des médecins du SMR ne peut pas être suivi.*

Sur le plan psychiatrique le rapport du SMR du 04.10.2007 mentionne qu'il y a une problématique psychiatrique en relation avec les difficultés relationnelles avec son épouse. Cet élément suggère que les problèmes relationnels sont donc antérieurs à octobre 2007 et qu'ils pouvaient très probablement, mais il s'agit là que d'une hypothèse, être déjà en lien avec sa structure de personnalité paranoïaque.

En conclusion, l'atteinte est certainement apparue avant octobre 2007. Notre avis diffère de celui du SMR car le trouble de la personnalité paranoïaque est une affection qui peut être sévère et ainsi poser des problèmes relationnels importants, notamment dans le cadre personnel. Comme mentionné dans notre discussion cela ne limitait pas la capacité dans son activité habituelle mais en revanche cela limitait sa capacité d'adaptation en vue d'exercer une nouvelle activité.

*Si elle est apparue après octobre 2007, décrire les circonstances de l'aggravation de l'état de santé; Sur le plan psychiatrique cf. ci-dessus. La prise de Risperdal est-elle médicalement exigible ? Si ou quelle sera l'influence sur la capacité de travail, et dans quel délai?*

Sur le plan psychiatrique le traitement est médicalement exigible. Comme mentionné dans notre rapport, la réponse aux neuroleptiques est souvent décevante dans cette indication (personnalité paranoïaque). Toutefois, cela peut permettre un meilleur contrôle de l'agressivité. La prise de Risperdal est donc susceptible d'améliorer l'état clinique mais l'importance de cette amélioration est difficilement prévisible. Il conviendrait d'attendre un délai de 3 mois entre le début de la prescription et l'évaluation du résultat. Des monitorings thérapeutiques réguliers seraient également exigibles pour établir la corrélation entre le taux plasmatique et la réponse au traitement.

*Expliquer pourquoi sur le plan somatique, la capacité de travail dans une activité adaptée ne serait que de 50%.*

Sur le plan rhumatologique l'assuré ne peut pas être scindé en volet rhumatologique et volet pneumologique seuls. Il est un tout du point de vue somatique. Et force est de constater qu'il cumule les comorbidités: SAS, obésité morbide, diabète, surdité invalidante avec troubles de l'équilibre, abcès péri-anaux et polyarthrose touchant les grandes articulations: genoux, hanches et épaules.

Et en tenant compte de toutes ces affections, la capacité de travail est au maximum de 50% dans une activité adaptée déjà décrite dans l'expertise.

Sur le plan pneumologique le syndrome restrictif lié à l'obésité, la fatigue diurne persistante, le syndrome des apnées du sommeil sous traitement de C-PAP sont des pathologies somatiques qui nécessitent une récupération après une activité professionnelle rigoureuse, qui limitent l'aptitude physique et la capacité d'attention empêchant d'envisager une activité professionnelle à plein temps. Une activité professionnelle totalement adaptée paraît utopique dans le contexte médical alors qu'une activité moins adaptée à temps partiel à 50% est envisageable sur le plan somatique."

L'Office intimé, après avoir pris connaissance du complément d'expertise demandé, conclut au rejet du recours. Il produit un avis médical du SMR du 27 juin 2011, auquel il se rallie, qui expose ceci.

"A la question « Depuis quand l'assuré présente-t-il une personnalité paranoïaque », les experts répondent:

« il n'est pas possible de répondre avec certitude à cette question ». Nous laissons le soin au Juge de dire s'il se satisfait d'une telle réponse. En ce qui nous concerne, il est essentiel de se déterminer sur ce point, puisque de cette date dépend le début d'une éventuelle incapacité de travail, et donc indirectement le droit à des prestations.

A la question de savoir si l'atteinte psychiatrique est antérieure à l'examen de 2007 au SMR, les experts répondent en s'entourant de maintes précautions: « cet élément suggère les problèmes

relationnels pouvaient très probablement..., mais il ne s'agit là que d'une hypothèse... » Là encore, il appartient au Juge de dire s'il se satisfait de probables hypothèses. Quant à nous, nous attendons autre chose d'une expertise que des approximations.

Nonobstant les incertitudes ci-dessus exprimées, les experts n'hésitent pas à écrire: « En conclusion, l'atteinte est certainement apparue avant octobre 2007». Ou l'art de transformer des hypothèses en certitudes.

Les experts poursuivent en soulignant que le traitement qu'ils proposent est médicalement exigible, et qu'il devrait être assorti de contrôles plasmatiques. Cette observation ne fait l'objet d'aucune remarque de notre part.

Enfin, ils tentent de nous expliquer pourquoi une activité adaptée ne serait exigible qu'à 50% en additionnant des pathologies qui ne sont en majorité pas invalidantes au sens de l'AI. Ainsi, le SAS correctement traité n'est généralement pas à l'origine d'incapacités de travail de longue durée. L'obésité n'est pas à charge de l'AI. Le diabète n'est pas incapacitant en l'absence de complications. La surdité appareill e devrait sans aucun doute permettre une activité adaptée à plein temps. Les abcès péri-anaux disparaissent en quelques jours s'ils sont drain es. Ne restent que les atteintes rhumatologique et pneumologique que nous avons prises en considération."

Le recourant s'est d etermin e le 28 juillet 2011. Il estime l'expertise judiciaire pleinement probante et produit un rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 28 juillet 2011 qui reprend en substance les éléments médicaux déjà  voqu es dans ses précédents rapports.

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

**1.** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1)

s'appliquent en principe 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 rendues par les offices AI - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 69 al. 1 LAI en dérogation à l'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 est recevable.

**2.** Est litigieuse la décision de refus de l'Office intimé d'octroyer une rente d'invalidité au recourant, au motif qu'il disposerait d'une capacité de travail résiduelle entière dans une activité adaptée lui procurant un revenu excluant le droit à une rente.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine).

**b)** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2007, 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. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'art 28 al. 2 LAI reprend les mêmes paliers.

**c)** En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances doit établir les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties; il administre les preuves et les apprécie librement.

Cette disposition, qui consacre le principe inquisitoire, impose au juge de constater d'office les faits pertinents de la cause, après avoir administré les preuves nécessaires. Toutefois, le tribunal peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, il ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération; le cas échéant, il peut renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (TF 9C\_543/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.2 et les références, 9C\_619/2009 du 9 décembre 2009 consid. 3 et les références).

**d)** De jurisprudence constante, 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 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a 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 (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

**e)** Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2, 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C\_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 4.2).

**4.** En l'espèce, vu les avis médicaux divergents des médecins traitants d'une part, et ceux du SMR d'autre part, une expertise judiciaire pluridisciplinaire a été mise en œuvre et confiée au Centre d'expertise médicale de Nyon.

Le rapport d'expertise judiciaire du 7 mars 2011 et son complément du 14 juin 2011, ont été rédigés après examen des éléments médicaux versés au dossier, des examens cliniques complets sur le plan

rhumatologique, pneumologique, et psychiatrique. Ils contiennent une anamnèse détaillée, la description des plaintes et données subjectives de l'assuré.

**a)** L'Office intimé conteste la valeur probante de l'expertise judiciaire et de son complément. Il reproche en premier lieu aux experts du CEMed d'avoir procédé à une évaluation globale de la situation médicale de l'assuré pour déterminer la capacité résiduelle de travail du recourant. L'Office estime qu'il faut s'en tenir, à l'instar du SMR, aux seules atteintes rhumatologique et pneumologique, lesquelles n'empêcheraient pas, selon les médecins du SMR, l'intéressé d'exercer une activité adaptée à plein temps.

Contrairement à l'opinion de l'Office intimé, l'évaluation pluridisciplinaire de l'état de santé du recourant et de ses répercussions sur la capacité de travail, par les experts du CEMed, était nécessaire au vu des nombreuses atteintes présentées par le recourant sur le plan somatique. On relève que cette approche était d'ailleurs préconisée par le Dr X.\_\_\_\_\_, rhumatologue, qui dans son rapport du 17 septembre 2009 soulignait la nécessité de procéder à une évaluation pluridisciplinaire, compte tenu de la situation médicale complexe de l'assuré.

L'approche médicale choisie par les experts judiciaires n'est donc pas critiquable.

**b)** Sur le plan somatique, les experts du CEMed ont retenu la présence de poly-morbidités, à savoir une obésité morbide, du diabète, une surdité invalidante avec troubles de l'équilibre, des abcès péri-anaux, ainsi que de la polyarthrose touchant les grandes articulations des genoux, hanches et épaules limitant la capacité de travail du recourant à 50% quelque soit l'activité envisagée. Ils ont expliqué que la situation médicale de l'assuré ne pouvait pas être scindée en volet rhumatologique et pneumologique et qu'une évaluation globale s'imposait. Ainsi, compte tenu des nombreuses atteintes somatiques dont souffrait l'assuré, il était utopique, selon ces spécialistes, d'exiger qu'il exerçât une activité à 100%,

même pleinement adaptée, alors qu'une activité moins adaptée à temps partiel (50%) était envisageable.

On constate que l'appréciation médicale des experts judiciaire est partagée par le rhumatologue X.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 17 septembre 2009) qui attestait également une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée sur le plan somatique. De même, le Dr C.\_\_\_\_\_, expert mandaté par l'assureur perte de gain, admettait une capacité résiduelle de l'ordre de 50% dans une activité adaptée, même s'il n'excluait pas, selon l'activité exercée, une capacité plus élevée. Son appréciation ne tenait toutefois compte que des troubles lombaires, et non de l'ensemble des atteintes somatiques (cf. rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 22 février 2006). A cela s'ajoute l'avis du Dr T.\_\_\_\_\_, oto-rhino-laryngologiste, selon lequel le recourant souffre d'une limitation importante de sa capacité de travail en raison de sa surdité profonde bilatérale (cf. rapport du 14 octobre 2008). Ainsi, ces spécialistes attestent de limitations fonctionnelles importantes, qui ensemble limitent également la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée.

On ne voit dès lors aucun motif justifiant de s'écarter des conclusions des experts judiciaires, dûment motivées et pleinement probantes, de surcroît, confirmées par les avis des Drs C.\_\_\_\_\_X.\_\_\_\_\_, et T.\_\_\_\_\_. L'avis de ces experts l'emporte à l'évidence sur celui des médecins du SMR, selon lequel le recourant disposerait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, nonobstant l'importance des poly-morbidités constatées (cf. rapport du SMR du 26 novembre 2007).

S'agissant de la date dès laquelle l'incapacité de travail sur le plan somatique doit être retenue, les experts ont indiqué qu'elle existait depuis 2005 au moins (cf. rapport d'expertise du 7 mars 2011, p. 21), et le médecin traitant a attesté une incapacité de travail à 100% dans l'activité habituelle et à 50% dans une activité adaptée, dès le 9 août 2005 (cf. rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ 10 novembre 2005).

On retiendra par conséquent que le recourant dispose d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée sur le plan somatique, dès le mois d'août 2005.

**c)** Sur le plan psychique, l'Office intimé se rallie aux critiques émises par les médecins du SMR, selon lesquelles l'appréciation de l'état de santé psychique de l'assuré par les experts du CEMed ne serait pas probante, car trop approximative. Ces médecins reprochent en particulier à l'expert psychiatre de ne pas s'être prononcé de manière suffisamment claire sur la date d'apparition du trouble de la personnalité ni sur le début de l'incapacité de travail qui s'en est suivi. L'Office soutient qu'en l'absence de certitude émise par les experts du CEMed sur ces questions, on ne saurait suivre leur appréciation.

Dans leur rapport du 7 mars 2011, les experts ont retenu que le recourant présentait une atteinte à la santé psychiatrique invalidante, sous la forme d'une personnalité paranoïaque (F60.0), de début indéterminé, qui s'était décompensée suite à la perte de son travail et au départ de son fils. Ils ont expliqué que la structure de personnalité de l'assuré le rendait suspicieux, ce qui compliquait ses relations interpersonnelles, et que ses faibles capacités d'adaptation le limitaient dans l'exercice d'une activité adaptée sur le plan somatique, mais n'avaient pas eu de conséquences dans l'exercice de l'activité habituelle de soudeur car l'intéressé était habitué à cet environnement. Selon les experts, l'état psychique de l'intéressé était toujours caractérisé par une forte instabilité et l'incapacité de travail était totale dans toute activité, l'assuré n'étant pas apte à entreprendre des démarches en vue de retrouver une activité adaptée. Leur pronostic était clairement défavorable, en raison de la structure de personnalité de l'assuré, de ses faibles possibilités d'amélioration, de ses faibles ressources personnelles, de son isolement social progressif, ainsi que des importantes comorbidités sur le plan somatique. Ils ont ajouté qu'un traitement psychiatrique adéquat, notamment par la prise régulière de neuroleptiques, était exigible et pouvait permettre un meilleur contrôle de l'agressivité (par l'effet sédatif des neuroleptiques), mais l'importance de cette amélioration

était difficilement prévisible et devait faire l'objet d'une nouvelle évaluation. Les experts ont, par ailleurs, retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, sans syndrome somatique (F33.00) depuis 2005, n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail de l'assuré. Ils ont relevé l'absence de ralentissement psychique et de baisse marquée du dynamisme, constatant que l'intéressé était triste mais n'exprimait pas une souffrance envahissante.

S'agissant des critiques émises par le SMR à l'égard du volet psychiatrique de l'expertise judiciaire, le Dr F.\_\_\_\_\_, expert psychiatre du CEMed, s'est déterminé dans le complément d'expertise du 14 juin 2011. Il a expliqué que les manifestations d'un trouble de la personnalité sont souvent insidieuses et qu'il n'est dès lors pas aisé *a posteriori* de dater l'apparition d'un tel trouble, ce d'autant plus que les rapports médicaux du psychiatre traitant n'étaient guère documentés. Cela étant, il a indiqué s'être fondé d'une part sur les rapports des 30 novembre 2006 et 17 septembre 2009 du Dr Z.\_\_\_\_\_, qui rendaient compte d'une symptomatologie psychotique pouvant correspondre à des traits paranoïaques, et d'autre part sur le rapport d'examen du SMR du 26 novembre 2007, qui évoquait une problématique psychiatrique en relation avec les difficultés relationnelles de l'assuré avec son épouse - l'assuré a admis exercer des violences physiques envers celle-ci. Le Dr F.\_\_\_\_\_ en a conclu que l'atteinte à la santé psychique était vraisemblablement présente avant octobre 2007. Au contraire de l'avis exprimé par la psychiatre du SMR, selon lequel l'apparition de violences conjugales dès 2005, dans un conflit de suspicion de relation adultère de la part de l'épouse, était à mettre en relation avec le contexte culturel de l'assuré et non avec une affection psychique (cf. rapport du 26 novembre 2007), l'expert psychiatre a considéré qu'il s'agissait là de manifestations correspondant à un trouble de la personnalité paranoïaque, affection sévère, pouvant poser des problèmes relationnels importants, notamment dans le cadre personnel.

Les explications du psychiatre du CEMed sont claires et convaincantes; elles sont, par ailleurs, corroborées par les éléments

médicaux du dossier et l'anamnèse de l'assuré. Ainsi, l'avis médical des experts judiciaires, selon lequel l'assuré souffre d'une atteinte à sa santé psychiatrique invalidante, l'emporte sur l'avis du SMR du 26 novembre 2007.

L'apparition dans le temps de l'incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique n'a pas pu être établie avec précision par les experts du CEMed, qui ont néanmoins renvoyé à la perte de l'emploi comme facteur de décompensation, respectivement au psychiatre traitant Z.\_\_\_\_\_, lequel retenait une incapacité de travail à 100% pour des motifs psychiatriques dès le 14 mars 2006 (cf. rapport du 30 novembre 2006). On note, par ailleurs, que le rapport médical du SMR du 26 novembre 2007 rendait compte de la jalousie et de la suspicion de l'intéressé vis-à-vis de son épouse en 2005 déjà, ce comportement ayant par la suite été reconnu, dans un contexte de violences physiques, comme procédant de la personnalité paranoïaque du recourant. Quant au Dr C.\_\_\_\_\_, il relevait dans son rapport de février 2006 que le comportement de l'intéressé avait changé et qu'il était devenu irritable et agressif avec sa famille.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, on suivra l'avis du Dr Z.\_\_\_\_\_, qui traite le recourant de longue date et qui atteste une incapacité de travail pour des raisons psychiatriques dès le mois de mars 2006.

**5.** Il convient dès lors de déterminer, sur le plan économique, le degré d'invalidité du recourant compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée dès le 9 août 2005, et de 0% dès le 14 mars 2006, quelque soit l'activité envisagée (cf. supra, consid. 4b et c).

**a)** 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

**b)** Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1; TF I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1).

**c)** Le revenu d'invalidité 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'invalidité. 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'invalidité 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 (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Le juge des assurances sociales ne peut substituer son appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 126 V 75 consid. 6; TF 9C\_1078/2009 du 12 juillet 2010 consid. 5.1; TF I 797/2006 du 21 août 2007 consid. 6; voir aussi TF 9C\_177/2008 du 9 décembre 2008 consid. 4).

**d)** En l'espèce, l'OAI a retenu pour 2006, année d'ouverture du droit à la rente d'invalidité (cf. ATF 128 V 174 consid. 4a), un revenu annuel sans invalidité de 59'197 fr. dans l'activité habituelle de soudeur, qui n'est pas contesté par le recourant.

En ce qui concerne le revenu d'invalidé auquel pourrait prétendre l'assuré compte tenu de ses atteintes somatiques, il y a lieu d'appliquer les données statistiques de l'ESS, l'assuré n'ayant pas repris d'activité depuis son arrêt de travail d'août 2005. Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2006, soit un montant de 4'732 fr. brut par mois, part au 13<sup>e</sup> salaire incluse (cf. ESS 2006 TA1; niveau de qualification 4). Après adaptation à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2006 (41.7 heures; la Vie économique 10-2006, p. 90 tableau B.2), ce salaire s'élève à 4'933 fr. 11 ( $4'732 \text{ fr.} \times 41.7 / 40$ ), soit un revenu annuel, pour une activité exercée à 100%, de 59'197 fr. 32 ( $4'933 \text{ fr.} 11 \times 12$ ). Compte tenu toutefois de la capacité résiduelle de 50% de l'assuré sur le plan somatique, ce revenu est de 29'598 fr. 66.

L'OAI a appliqué un taux d'abattement sur le salaire d'invalidé de 15%, ce taux est justifié au regard des limitations fonctionnelles

présentées par l'assuré et de sa situation personnelle. Le revenu d'invalidé s'élève donc à 25'158 fr. 90 (29'598 fr. 66 - 15%).

Il en résulte une perte de gain de 34'038 fr. 15 par an (59'197 fr. - 25'158 fr. 90), auquel correspond un degré d'invalidité de 57.5%, arrondi à 58% (34'038 fr. 15 X 100/ 59'197 fr.), ouvrant le droit à une demi-rente (art. 28 al. 1 aLAI, cf. supra consid. 3b).

L'assuré étant en incapacité de travail durable à 50% sur le plan somatique depuis le mois d'août 2005 (cf. supra, consid. 4b), le droit à la demi-rente prend naissance le 1<sup>er</sup> août 2006, en application de l'art. 29 al. 1 aLAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. Cette disposition prévoyait que le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40 % au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449).

**e)** Dès mars 2006, le recourant subit une aggravation de son état de santé, en raison d'une atteinte à sa santé psychique, limitant totalement sa capacité de travail, quelque soit l'activité envisagée (cf. consid. 4c). Cette aggravation qui ouvre le droit à une rente entière est intervenue dans le délai de carence d'une année à compter du mois d'août 2005 retenue ci-dessus.

Aux termes de l'art 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. A cet égard, l'art. 88a al. 2 RAI précise que si l'incapacité de gain ou l'impotence 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; l'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie.

En principe, lorsque doit être prise pour la première fois et en même temps, comme c'est le cas en l'espèce, une décision concernant l'octroi d'une rente inférieure, suivie d'une rente supérieure, la rente supérieure prend en principe effet le premier jour du mois au cours duquel le laps de temps de trois mois prévu à l'art 88a al. 2 RAI arrive à son terme (Pratique VSI 2001 p.274). Toutefois, une rente supérieure avant ce terme est possible en appliquant par analogie l'art. 29bis RAI, que réserve l'art. 88a al. 2 RAI précité, lorsque l'incapacité de travail moyenne et nécessaire pour le droit à la rente plus élevée existait lors de l'octroi initial de la rente précédente, l'art 88bis al 1<sup>er</sup> RAI n'étant pas applicable. Cette seconde solution, plus favorable à l'assuré, doit être en l'occurrence retenue dès lors que le droit à une rente entière se trouve ouvert, cela avant l'échéance du délai de carence d'une année lui même ouvert en raison d'une incapacité de travail durable de 40% au moins.

Compte tenu de ce qui précède, le recourant a droit à une rente entière d'invalidité (cf. art. 28 al. 1 aLAI et 28 al. 2 LAI; supra, consid. 3b), en raison d'une aggravation de son état de santé sur le plan psychique, à compter du 1<sup>er</sup> août 2006, soit à l'échéance du délai de carence d'une année courant dès le 1<sup>er</sup> août 2005, date à laquelle une incapacité de travail durable de 40% au mois a été retenue (art. 29 LAI).

**6.** En conclusion, il convient d'admettre le recours et de réformer la décision attaquée, en ce sens que le recourant est mis au bénéfice d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> août 2006.

Le recourant, en obtenant ainsi gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter, compte tenu d'un double échange d'écritures et de déterminations sur une expertise judiciaire, à 2'500 fr. à la charge de l'Office intimé débouté (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires à la charge de l'Office intimé, débouté dans le cadre de l'exercice de prérogatives étatiques (art. 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 24 août 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que K.\_\_\_\_\_ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2006.
  
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à K.\_\_\_\_\_ la somme de 2'500 (deux mille cinq cents) francs à titre de dépens.

**IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Romano Buob (pour M. K. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :