

# VD\_FINDINFO AI 329/09 ap. TF - 457/2011 vom 2. September 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-09-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_329\\_09\\_ap.\\_TF\\_-\\_457\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_329_09_ap._TF_-_457_2011)

FR: VD\_FINDINFO AI 329/09 ap. TF - 457/2011 du 2 septembre 2011

IT: VD\_FINDINFO AI 329/09 ap. TF - 457/2011 del 2 settembre 2011

## Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, RENTE TEMPORAIRE, RENTE D'INVALIDITÉ, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL}, ÉTAT DE SANTÉ | 28 LAI, 29 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 88a RAI

## Erwägungen

### E. 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'impotence 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> 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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 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).

## E. 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'angoisse 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<sup>er</sup> octobre 2000 au 31 janvier 2003, puis à une rente entière du 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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).

## **E. 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).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.