

VD_GERICHTE ZD09.032061 vom 17. November 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-11-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.032061

FR: VD_GERICHTE ZD09.032061 du 17 novembre 2011

IT: VD_GERICHTE ZD09.032061 del 17 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

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

- 20 - 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.

E. 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.

E. 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

- 22 - 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).

E. 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).

- 21 - 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 1er 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 1er octobre 2009 consid.

E. 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

- 23 - 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%,

- 24 - 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).

- 25 - 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 - 26 - 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

- 27 - 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.

E. 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

- 28 - 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).

- 29 - 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 13e 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

- 30 - présentées par l'assuré et de sa situation personnelle. Le revenu d'invalidé s'élève donc à 25'158 fr. 90 ($29'598 \text{ fr.} 66 - 15\%$). Il en résulte une perte de gain de 34'038 fr. 15 par an ($59'197 \text{ fr.} - 25'158 \text{ fr.} 90$), auquel correspond un degré d'invalidité de 57.5%, arrondi à 58% ($34'038 \text{ fr.} 15 \times 100 / 59'197 \text{ fr.}$), 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 1er 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'impuissance 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.

- 31 - 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 1er 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 1er août 2006, soit à l'échéance du délai de carence d'une année courant dès le 1er août 2005, date à laquelle une incapacité de travail durable de 40% au mois a été retenue (art. 29 LAI).

E. 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 1er 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]).

- 32 - 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).

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