

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 février 2010

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :       Mme Röthenbacher et M. Monod, assesseur  
Greffier       :       M. Cuérel

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**U.**\_\_\_\_\_, à Nyon, recourant, représenté par Me Dominique Levy, à Genève,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 16, 17 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 LAI ; 88a al. 2, 88bis al. 2  
let. a RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** U.\_\_\_\_\_, né en 1964, d'origine portugaise, a travaillé en tant que directeur d'exploitation du cabaret S.\_\_\_\_\_, à [...]. A la suite d'une agression de la part d'un client dans ledit établissement, survenue le 2 avril 2000, l'intéressé s'est trouvé en incapacité totale de travail jusqu'au 6 juin 2000, puis à 50% depuis le 7 juin 2000. Le 1<sup>er</sup> mai 2001, il a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'OAI.

Par décision du 30 mai 2002, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> avril 2001, compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans l'activité habituelle.

**b)** Dans le cadre de la procédure de révision d'office de la rente, l'OAI a mandaté en qualité d'expert la Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 11 juillet 2006, cette dernière pose le diagnostic affectant la capacité de travail d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F 32.00). Dans le chapitre intitulé "Appréciation du cas et pronostic", l'expert, après avoir résumé l'anamnèse de l'assuré et défini selon la CIM-10 la modification durable de la personnalité et l'état de stress post-traumatique, relève ce qui suit :

"A ce jour, l'expertisé ne présente pas ces différents symptômes. Il peut se rendre dans son night-club ou dans son pub sans ressentir de menace particulière par autrui. Il ne présente pas d'hostilité ou de méfiance envers le monde ni de retrait social majeur.

Quant au diagnostic d'état de stress post-traumatique, persistent à ce jour des pensées intrusives brèves avec flash-back, que M. U.\_\_\_\_\_ est en mesure de chasser par le biais d'une occupation ou en se ressourçant dans la nature. L'expertisé ne présente ni attaque de panique, ni phobie, ni cauchemar récurrent, ni état de qui-vive ou émoi psychique. Lors de la présente expertise, une hyperémotivité, une humeur dépressive, une diminution du tonus vital, une diminution de la confiance en soi, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables et une difficulté à soutenir son attention et à se concentrer étaient relatées ; ces différents éléments sont assimilables à un épisode dépressif léger. [...]

Au vu de l'évolution depuis 2000, une personnalité pré-morbide est vraisemblable, sans que toutefois l'on ne puisse retenir un trouble grave de la personnalité. Au vu de ce qui précède, la capacité de travail, quelle que soit l'activité, est d'au moins 80%."

Dans un avis médical du 17 août 2006, la Dresse P.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (SMR), a considéré qu'au vu de l'expertise précitée, le diagnostic de modification durable de la personnalité ne pouvait plus être retenu, que les symptômes actuels ne correspondaient plus à un stress post-traumatique mais bien à un épisode dépressif léger et que l'absence de taux sérique confirmait la mauvaise compliance de l'assuré à l'égard du traitement antidépresseur. Cela étant, elle confirmait l'évaluation à 80% de la capacité de travail résiduelle dans toute activité professionnelle, depuis la date de l'expertise.

Le 11 septembre 2006, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision supprimant la rente allouée à ce dernier, dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

Par courrier du 9 octobre 2006, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI, faisant principalement valoir qu'il présentait encore actuellement une incapacité de travail de 50%. Il a produit au demeurant les pièces suivantes:

- un courrier du 4 octobre 2006, dans lequel le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, retient le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique persistant et évalue la capacité résiduelle de travail de l'intéressé à 50%, précisant que des facteurs indépendants de l'accident peuvent expliquer l'évolution délétère et l'absence d'amélioration de cette capacité de travail ;

- une correspondance, datée du 9 octobre 2006, dans laquelle le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin adjoint au [...] Service de psychiatrie [...], estime l'incapacité de travail actuelle à 50% en moyenne, précisant en substance que cette dernière est très variable mais que l'assuré continue à présenter les symptômes suivants ayant un impact direct sur sa capacité de travail : "des reviviscences du traumatisme et des symptômes associés aux

conséquences physiques du traumatisme et mêlées aux reviviscences, comme maux de tête, sensations de vertige, douleurs de la face, diminution de la sensibilité d'une partie de la face ; une hypersensibilité réactionnelle avec anxiété, parfois paroxystique, en lien avec des situations qui rappellent le scénario traumatique, et des stratégies d'évitement typiques ; mais également un sentiment d'être sur le qui-vive, avec incertitude, indécision, et perte de confiance, et des troubles cognitifs, tels des pertes de mémoire, des difficultés de concentration, d'attention, et une fatigabilité mentale très gênante".

Le 12 octobre 2006, l'assuré a encore produit, entre autres pièces, les comptes pour les exercices 2004 et 2005 de la société exploitant le cabaret S.\_\_\_\_\_.

Enfin, le 12 janvier 2007, il a produit les pièces suivantes:

- un courrier du 21 décembre 2006, dans lequel le Dr M.\_\_\_\_\_ se détermine sur l'expertise réalisée par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, ce en ces termes :

"[...] je m'étonne tout de même beaucoup du fait que la Dresse Q.\_\_\_\_\_ ne retienne comme seul diagnostic qu'un épisode dépressif léger sans syndrome somatique. Alors que le patient présente encore de nombreux symptômes qui relèvent de la lignée anxieuse, et notamment des symptômes post-traumatiques typiques, comme des reviviscences du traumatisme, une hypersensibilité réactionnelle avec anxiété, parfois paroxystique, parfois manifestée sur un mode somatique par des symptômes tels que maux de tête et vertiges, et des stratégies d'évitement typiques, et enfin un sentiment d'être sur le qui-vive, avec incertitude, indécision, perte de confiance. Ces éléments suffisent à maintenir un diagnostic d'état de stress post-traumatique chronique, et ne cadrent pas du tout avec un diagnostic d'épisode dépressif léger. Enfin, ces divers symptômes entraînent des limitations dans la capacité de travail, que j'ai décrites comme variables, ce qui n'enlèvent rien au fait qu'elles sont la causes d'une diminution de capacité que j'estime en moyenne de l'ordre de 50%. [...]"

- une correspondance du 3 janvier 2007, dans laquelle le Dr J.\_\_\_\_\_ se détermine sur l'expertise de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ de la manière suivante :

"[...] En conclusion, elle [ndr. : la Dresse Q. \_\_\_\_\_] estime que Monsieur U. \_\_\_\_\_ présente un état dépressif léger qui ne motive une incapacité de travail qu'à 20%.

Pour ma part, pour avoir vu régulièrement Monsieur U. \_\_\_\_\_ à raison d'une fois tous les trois mois, son état de santé est stationnaire, présentant toujours une douleur de l'hémiface gauche avec une hypoesthésie à l'examen du coton-tige. Sur cette séquelle neurologique, il présente une asthénie importante et un trouble de la concentration qui ne se sont pas améliorés avec les différents traitements, ni le temps.

On est aujourd'hui à six ans de l'évènement traumatique en cause. Avec une évolution clinique ordinaire, on aurait dû s'attendre à une diminution, voire une disparition de la plupart des symptômes. Un état de stress post-traumatique persistant six ans après l'évènement n'est pas habituel même si l'on sait qu'il arrive que les choses puissent évoluer ainsi. [...]

L'absence de comorbidité psychiatrique, un bon fonctionnement prémorbide et un support social conséquent sont habituellement des facteurs de bon pronostic, ce qui n'est pas le cas chez notre patient. Sa capacité de travail est à mon avis maintenue à 50%."

- une attestation établie le 18 décembre 2006 par la fiduciaire de la société gérant le cabaret S. \_\_\_\_\_, faisant état d'une baisse du chiffre d'affaires dès 2000 ;
- divers témoignages écrits de proches de l'assuré.

Par décision du 24 octobre 2007, l'OAI a supprimé le droit de l'assuré à une demi-rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de cette décision. Se fondant sur l'expertise réalisée par la Dresse Q. \_\_\_\_\_, il a considéré que le recourant présentait une capacité résiduelle de travail de 80% sans diminution de rendement dans toutes activités et que, par conséquent, son taux d'invalidité, désormais de 20%, était insuffisant pour justifier le maintien de la rente.

**B.** U. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances, par acte du 26 novembre 2007, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et à la constatation de son droit à une demi-rente AI et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Plus subsidiairement encore, le recourant

conclut à ce qu'il soit acheminé "à prouver par toutes voies de droit la réalité des faits allégués dans le présent recours."

Pour l'essentiel, le recourant conteste l'expertise réalisée par la Dresse Q.\_\_\_\_\_. Il fait notamment valoir que les constatations et l'estimation de la capacité de travail de l'expert sont en contradiction avec les conclusions des Drs J.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, dont les récents rapports ne seraient pas mentionnés dans l'expertise. Il soutient également en substance que la diminution du chiffre d'affaires de la société qui exploite le cabaret S.\_\_\_\_\_ de même que les témoignages de ses proches démontreraient l'absence d'amélioration de son état de santé.

Par courrier du 14 décembre 2007, l'OAI a informé le tribunal qu'il ne souhaitait pas se déterminer.

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

**1.** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise et satisfaisant aux exigences de forme, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

Aux termes de la disposition transitoire de l'article 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si, depuis la décision de l'OAI du 30 mai 2002, l'état de santé du recourant s'est amélioré de manière à influencer son droit à une rente.

**3. a)** Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2), en l'espèce la décision sur opposition du 6 juin 2007.

**b)** En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004, une invalidité d'au moins 40 % ouvre le droit à un quart de rente, celle de 50 % au moins à une demi-rente, et celle de 66 2/3 % au moins à une rente entière. Selon cette même disposition dans sa version postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004 mais antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2008, 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.

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).

S'agissant de l'évaluation du taux d'invalidité, l'art. 16 LPGA stipule que 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.

**c)** Selon l'art. 17 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (TF, 18 août 2006, I 408/05, consid. 3.1 et les références). Au demeurant, l'art. 88a al. 2 RAI précise notamment que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Enfin, en vertu de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

D'après une jurisprudence constante, l'administration est tenue, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TF, 29 janvier 2003, I 129/02 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En outre, 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du

médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

**4.** En l'espèce, l'office intimé a supprimé le droit à une demi-rente de l'assuré en se fondant sur l'expertise réalisée par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, laquelle constate une amélioration de 50% à 80% de la capacité de travail résiduelle du recourant dans toute activité. Selon ce dernier, cette expertise ne serait pas probante dans la mesure où elle ne tiendrait pas compte des avis médicaux plus récents et contraires des Drs J.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ et où ses conclusions seraient également contredites par les pièces comptables et les témoignages écrits produits. Selon lui, ces différents éléments démontreraient clairement que sa capacité résiduelle de travail ne s'est absolument pas améliorée.

Le recourant ne saurait être suivi dans son argumentation.

En effet, contrairement à ce qu'il soutient, l'expertise de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ satisfait pleinement aux réquisits jurisprudentiels permettant qu'on lui accorde une valeur probante. Ce rapport procède d'un examen exhaustif du cas du recourant, la situation médicale y est clairement décrite et l'évaluation de la capacité de travail en fonction du diagnostic retenu a été examinée de manière complète. Enfin, les conclusions de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ sont motivées et convaincantes, cette dernière expliquant en particulier l'évolution favorable de l'état de santé du recourant de même que les raisons pour lesquelles on ne peut plus retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique.

Quant aux rapports des Drs J.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, ils ne sont pas de nature à mettre en doute les conclusions de l'expert. D'une part, ces avis médicaux doivent par principe, conformément à la jurisprudence de notre Haute cour, être appréciés avec circonspection dans la mesure où ils émanent d'un psychiatre, respectivement d'un neurologue traitant (cf. consid. 3d ci-dessus). D'autre part, peu étayés, ces rapports n'apportent aucun élément objectif nouveau qui justifierait de s'écarter des conclusions de l'expert. Ils constituent bien plutôt une appréciation

divergente d'un même tableau clinique. Dans cette mesure, le fait qu'ils soient postérieurs à l'expertise de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ et qu'ils n'aient donc pas été pris en compte par cette dernière demeure sans incidence sur la force probante de celle-ci.

Les témoignages de proches et autres pièces concernant la situation économique de l'entreprise du recourant ne sont pas non plus de nature à infirmer les conclusions médicales que l'on vient d'exposer. En effet, les données résultant d'une observation concrète de l'activité professionnelle résiduelle de l'assuré ne peuvent en principe avoir pour fonction que de compléter les données médicales, dès lors qu'elles prennent notamment en considération des éléments d'ordre extra-médical qui ne sont pas du ressort de l'AI. Elles ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TF, 11 juillet 2005, I 531/04, consid. 4.2, qui traite des données recueillies lors d'un stage d'observation professionnelle). Quoi qu'il en soit, les témoignages écrits produits par le recourant ne sauraient de toute manière revêtir une quelconque force probante, d'une part au vu du lien qui unit ces témoins au recourant, d'autre part dans la mesure où ces observations n'émanent pas de personnes qualifiées pour se prononcer sur la question du taux d'invalidité de ce dernier. Enfin, s'agissant des données économiques concernant l'entreprise du recourant, il n'est aucunement établi que la diminution du chiffre d'affaires constatée ait été déterminée par l'évolution de l'état de santé de celui-ci.

Dans ces conditions, il convient de retenir, tout comme l'a fait l'OAI, qu'à compter de la date de l'expertise réalisée par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, la capacité de travail résiduelle du recourant dans toute activité s'est durablement améliorée de 50% à 80%. Il en résulte un degré d'invalidité actualisé de 20% (qui se confond en l'occurrence avec le taux d'incapacité de travail du recourant). Il s'avère insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (cf. art. 28 al. 1 LAI).

En définitive, c'est à juste titre que l'OAI a supprimé la rente d'invalidité allouée au recourant, ce à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision querellée (cf. art. 88bis al. 2 let. a RAI).

**5.** Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Vu l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI et 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à ce dernier dès lors qu'il succombe à la procédure (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Dominique Levy (pour U. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :