

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 février 2010

Présidence de M. NEU
Juges : MM. Jomini et Dind
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

O. _____, à Gland, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat,
Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

Art. 4 al. 1 et 28 LAI; art. 8 et 17 LPGA

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1952, originaire du Kosovo, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 24 septembre 1990. Il faisait état des séquelles d'un accident survenu le 11 octobre 1989 (chute dans une fouille). Ce sinistre a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire au Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après: le COMAI). Dans un rapport du 29 octobre 1992, les médecins du COMAI ont posé le diagnostic d'"état de stress post-traumatique avec dépression consécutif à un traumatisme cranio-cérébral". Ils ont constaté que le pronostic à long terme n'était pas défavorable et que l'on pouvait s'attendre à une évolution lentement favorable de la symptomatologie, qui permettait, peut-être, la reprise d'une activité lucrative; dans cette perspective, une réévaluation de la situation devait intervenir dans un délai de deux à trois ans.

Par décision du 23 février 1993, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1er octobre 1990.

Par décision du 23 mars 1993, la CNA a alloué à l'assuré, dès le 1er février 1993, une rente fondée sur un taux d'invalidité de 33, 33 %, complémentaire à la rente AI. La CNA a aussi octroyé une indemnité de 5 % pour atteinte à l'intégrité, à hauteur de 4'080 francs. Enfin, elle a reconnu à l'assuré le droit à une indemnité en capital de 38'472 francs, pour troubles psychiques, fondée sur une incapacité de gain dégressive de 100 % à 0 % du 1er février 1993 au 1er février 1995.

L'OAI a procédé à une première révision du droit à la rente en 1994 et a chargé le Dr W. _____, de l'Hôpital de Prangins, d'une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 11 septembre 1995, ce

médecin a mis en évidence un syndrome post-traumatique chronique et probablement définitif, excluant, selon lui, toute reprise d'activité professionnelle de l'assuré. Sur cette base, l'OAI a maintenu le droit à la rente entière par communication du 4 décembre 1995.

Une nouvelle révision a été entreprise en janvier 2000. Dans un rapport du 17 février 2000, le Dr N._____, spécialiste FMH en rhinolaryngologie à Nyon, a posé le diagnostic de syndrome post-commotionnel associé à une composante subjective anxio-dépressive, de status après commotion labyrinthique bilatérale, d'acouphènes et de sinistrose. Ce praticien a indiqué qu'une reprise de travail sur un chantier n'était pas envisageable, l'assuré s'étant installé dans son invalidité, de sorte que tout essai de rétablissement d'une capacité de travail partielle n'avait aucune chance d'aboutir. Le Dr N._____ a établi un second rapport le 30 novembre 2000 à l'intention des organes de l'AI, constatant un status inchangé.

Dans un avis du 12 novembre 2001, la Dresse Z._____, du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), a relevé que le diagnostic d'état de stress post-traumatique n'était pas étayé à satisfaction, faute pour l'assuré d'avoir été exposé à un événement exceptionnel menaçant ou catastrophique. La capacité de travail de l'intéressé serait entière dans une activité adaptée.

Par décision du 6 septembre 2002, l'OAI a supprimé, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de l'acte administratif et avec retrait de l'effet suspensif, le droit à la rente de l'assuré, motif pris d'un degré d'invalidité de 19.36 %. L'assuré a recouru contre cette décision, faisant valoir l'absence d'un motif de révision ou de reconsidération.

Par jugement du 28 mars 2003, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a admis le recours et renvoyé le dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a relevé qu'aucun psychiatre ne s'était prononcé sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré

depuis l'expertise du Dr W._____, que l'OAI ne pouvait se fonder sur le taux d'invalidité retenu par la CNA et qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique afin de statuer sur le maintien ou non du droit à la rente. Par arrêt du 12 août 2004, le Tribunal fédéral des assurances a rejeté un recours formé par l'assuré contre ce jugement et a maintenu le retrait de l'effet suspensif prononcé par l'OAI.

Dans ses rapports des 1^{er} et 24 février 2005, la Dresse Z._____ du SMR a indiqué en substance que les critères permettant de retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique, posé par le psychiatre du COMAI en 1992, n'étaient pas remplis, notamment en raison du vécu de l'assuré. Elle a indiqué, à propos de l'accident, qu'il ne s'était pas agi d'un événement exceptionnellement menaçant ou catastrophique qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. La Dresse Z._____ a également indiqué ce qui suit:

"L'état est inchangé en ce qui concerne les suites directes de l'accident de 1989 (céphalées, vertiges, acouphènes, dorsolombalgies); l'assuré ne consulte qu'épisodiquement son médecin ORL. Quant aux comorbidités psychiatriques il n'y en a pas: l'état de stress post-traumatique diagnostiqué par le psychiatre du COMAI en 1992 était à cette époque un diagnostic à la mode, mais il a été utilisé très souvent abusivement; ici les critères nécessaires n'étaient de toute évidence pas remplis : il ne s'était pas agi d'un « événement exceptionnellement menaçant ou catastrophique qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ».

L'assuré n'a jamais fait état d'un sentiment de détresse psychique intense dû aux souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement; il avait en outre présenté une amnésie rétrograde de quelques minutes selon la définition de la commotion cérébrale légère diagnostiquée au moment de l'accident. Il ne vit pas non plus replié sur lui-même; il se rend plusieurs fois par an au Kosovo, il a eu deux nouveaux enfants en 1995 et 1997 avec une compatriote en Suisse, il a été incarcéré en 1997. Selon les psychiatres consultés en 1992 on pouvait s'attendre à une amélioration en 2-3 ans; la thymie déprimée n'a incité à retenir un diagnostic de trouble dépressif à part ni les experts psychiatres consultés en 1992 ni celui en 1995".

L'assuré a par la suite fait l'objet d'une expertise par les Drs S._____, rhumatologue FMH, K._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, et R._____, neurologue FMH, du Centre d'expertise médicale de

l'Almédicale (ci-après: le CEMed). Dans leur rapport du 9 février 2006, ces experts ont retenu ce qui suit:

"Sur le plan psychique il existe des troubles peu spécifique d'intensité modérée, car essentiellement subjectifs, et chroniques, puisqu'ils semblent s'être installés dans les suites de l'accident de 1989, peut-être après une phase de *Syndrome post-commotionnel*.

Leur diagnostic doit être discuté. Il n'existe pas d'évidence documentée d'une période où il y aurait eu un trouble anxieux ou dépressif sévère dans les années qui ont suivi l'accident. De plus, le fait que, dans les années nonante, l'expertisé ait pu nouer une relation affective investie, et avoir deux enfant (en plus des enfants restés au Kosovo avec leur mère), parle en faveur de la conservation de l'élan vital dans cette période, et donc contre une dépression sévère. Pour autant que l'accident de 1989 ait réellement provoqué un traumatisme crânio-cérébral, aujourd'hui il est exclu qu'un *Syndrome post-commotionnel* puisse être encore présent, 16 ans après l'accident. Ce qui peut être mis en évidence à l'heure actuelle est un syndrome anxio-dépressif d'intensité modérée. La composante dépressive peut être qualifiée de légère vu l'absence de signes objectifs. Quant à la dimension anxieuse, il existe quelques indices en faveur d'un *Etat de stress post-traumatique* (ESPT):

- cauchemar répétitif rappelant l'accident
- comportement d'évitement.

Le tableau clinique n'est pourtant pas typique d'un *ESPT*: dans son cauchemar, l'expertisé est renversé par des coups reçus sur la tête d'un agresseur inconnu, alors que le traumatisme réel était purement accidentel. Or dans l'*ESPT* le traumatisme est vraiment revécu tel quel à travers des cauchemars et des « flashs back ». Ici les cauchemars ne reproduisent pas réellement le traumatisme, et il n'y a pas de « flash-back ». Quant au comportement d'évitement de l'expertisé, il est général (repli social) et non spécifiquement lié aux stimuli rappelant le traumatisme comme dans l'*ESPT*. Dernier point plaidant contre l'existence d'un véritable *ESPT* à l'heure actuelle: lors du présent examen, le récit détaillé de l'accident ne provoque pas de bouffée émotionnelle anxieuse visible, comme on le voit habituellement dans un *ESPT* actif. A l'heure actuelle il paraît donc difficile de retenir le diagnostic d'*ESPT* cliniquement significatif. Pour ce qui est du passé, le dossier évoque le diagnostic d'*ESPT*, notamment l'expertise du COMAI de Lausanne de 1992. Il est possible voire probable que dans les semaines ou mois qui ont suivi l'accident, O. _____ ait souffert d'un *ESPT*. Il est cependant difficile de se faire une idée précise de la symptomatologie présente à l'époque car elle n'est pas détaillée dans les documents disponibles: expertise du COMAI de 1992, expertise psychiatrique de Prangins de 1995. Cette dernière retient un diagnostic étranger aux classifications psychiatriques reconnues, celui de « *Syndrome post-traumatique* ». Comme les experts ne précisent pas le tableau clinique subjectif et objectif présenté par O. _____ à l'époque, il est impossible de savoir si leur diagnostic non standard se référait à un *ESPT* ou à un *Syndrome post-commotionnel*, appelé parfois par les neurologues *Syndrome post-traumatique*. Il est évoqué un *syndrome*

anxio-dépressif, qui n'est pas spécifié (type ? gravité ?). Il est donc possible, voire probable, que l'expertisé ait présenté déjà à l'époque, comme aujourd'hui, un *syndrome anxio-dépressif* non spécifique, sans véritable *ESPT* au sens strict. A l'époque un traitement psychiatrique avec traitement antidépresseur avait été proposé, mais O._____ avait arrêté le traitement rapidement et n'avait plus donné de nouvelles. Les experts psychiatres de Prangins, qui avaient été également médecins traitants pendant une courte période, évoquaient la probabilité d'une mauvaise compliance, et de ce fait ils doutaient de la « curabilité » des symptômes. Sans vraiment justifier leur point de vue, ils concluaient à *un syndrome post-traumatique chronique et probablement définitif, excluant toute reprise d'activité professionnelle*.

En conclusion, à l'heure actuelle, le diagnostic CIM-10 qui peut être retenu est celui de *Trouble anxieux et dépressif mixte*, qui peut être qualifié de chronique. Comme son nom l'indique, ce trouble est un syndrome anxio-dépressif peu spécifique. Selon la CIM-10 il s'agit d'un trouble d'intensité modérée, insuffisante pour justifier un diagnostic spécifique de trouble anxieux ou dépressif. Ce type de trouble se rencontre davantage dans le secteur de la médecine générale qu'en psychiatrie. O._____ affirme d'ailleurs n'avoir jamais consulté de psychiatre, bien que le dossier fasse état de quelques consultations ambulatoires à Prangins, avec une observance du traitement décrite comme médiocre.

En ce qui concerne les répercussions des troubles psychiques actuels sur la capacité de travail, on peut dire que le *Trouble anxieux et dépressif mixte* n'est pas suffisamment sévère pour être durablement incapacitant.

Quant à la comparaison entre l'état de O._____ entre 1994 et celui d'aujourd'hui, elle est difficile à établir, faute de description précise de l'état psychique de l'expertisé à l'époque (manque de détails précis sur les symptômes subjectifs, peu d'informations sur les constatations objectives)".

A la question de savoir si l'état de santé présenté par l'assuré est globalement, aujourd'hui, ce qu'il était en 1994, lesdits experts ont noté que (p. 42):

"Pour ce qui est des troubles psychiques, la réponse est difficile à donner faute de description précise de l'état psychique de O._____. Il est probable que, globalement, l'état psychique de l'expertisé était assez semblable en 1995 à ce qu'il est aujourd'hui [...]".

Le cas a une nouvelle fois été soumis à la Dresse Z._____ du SMR, laquelle a indiqué ce qui suit dans son rapport du 26 septembre 2006:

"L'expertise psychiatrique de 1995 décrit des plaintes subjectives non objectivables. Elle mélange des éléments médicaux et non-médicaux et conclut finalement à une IT de 100% définitive. Le Dr N._____, ORL et médecin-traitant parle de sinistrose en 1995; l'assuré s'est installé dans son statut d'invalidé et n'envisage pas de reprendre une activité professionnelle les bénéfices secondaires de l'invalidité étant trop grands. On ne peut pas comparer les rapports médicaux de l'époque à ceux d'aujourd'hui. Comme dit dans mon avis médical l'état de stress post-traumatique diagnostiqué par le psychiatre du COMAI en 1992 était à cette époque un diagnostic à la mode, mais il a été utilisé très souvent abusivement; ici les critères nécessaires n'étaient de toute évidence pas remplis: il ne s'était pas agi d'un « événement exceptionnellement menaçant ou catastrophique qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ». Le Dr D._____, médecin à la commission AI, écrit en 1992 : accident de nature bénigne dont les séquelles actuelles se limitent à quelques vertiges probablement subjectifs. Mais quoi qu'il en soit, à l'époque on croyait en la nouvelle classification des maladies psychiques et on était peu regardant si les critères étaient vraiment remplis. Avec l'épidémie des PTSD et des TSD, engendrant des rentes dans les années 1995-1998 sans esprit critique, on s'est rendu compte, un peu tardivement, qu'il faut avoir des critères solides.

En conclusion l'expertise de 1995 n'aurait pas dû être suivie quant au taux d'incapacité de travail. L'expert a instauré un traitement antidépresseur et ne voyant pas d'amélioration après 3 mois il a conclu à un syndrome post-commotionnel chronique et probablement définitif. L'expert n'a pas envisagé des causes extra-médicales (statut d'invalidé, bénéfices secondaires immenses) pour l'échec des traitements. Pourtant l'assuré s'était amélioré par rapport à 1992. Depuis 1992 il se rend plusieurs fois par an au Kosovo, il a eu deux nouveaux enfants en 1995 et 1997. En 2000 le Dr N._____ écrit que l'assuré ne consulte que 3-4 fois par année et répète inlassablement les mêmes plaintes subjectives non objectivables, le Dr N._____ parle toujours de sinistrose".

Par décision du 26 février 2008, confirmant un projet de décision du 15 octobre 2007, l'OAI a supprimé le droit à la rente de l'assuré. Se fondant sur les conclusions de l'expertise du CEMed, il a retenu que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et qu'une pleine capacité de travail était reconnue à celui-ci depuis 1997 au moins sans limitations fonctionnelles notables, de sorte que la reprise d'une activité lucrative à 100 % était tout à fait exigible.

Dans un courrier du 26 février 2008 adressé au conseil de l'assuré, l'OAI a indiqué qu'il y avait lieu de supprimer le droit à la rente compte tenu de l'expertise du CEMed, indiquant que celle-ci ne permettait pas d'établir que la décision d'octroi de rente était manifestement erronée

mais permettait de conclure à une amélioration de l'état de santé de l'intéressé.

B. Par acte du 26 mars 2008, O. _____ recourt contre la décision du 26 février 2008 et conclut à l'annulation de la suppression de sa rente, avec suite de frais et dépens. Il soutient que les médecins du COMAI, dans leur rapport du 9 février 2006, n'ont pas fait état d'une modification de l'état de santé de l'assuré mais simplement d'une appréciation différente de la situation qui prévalait en septembre 1995, attestée par le Dr W. _____ de l'Hôpital de Prangins. Il relève également que les médecins du CEMed ont nié l'existence d'une incapacité de travail, ceci probablement depuis longtemps. Par ailleurs, il nie l'existence d'un motif de reconsidération du droit à la rente, indiquant que l'OAI avait retenu que l'expertise du COMAI ne permettait pas d'établir que la décision d'octroi de rente était manifestement erronée.

Par courrier du 8 août 2008, sans formuler d'observations, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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 donc recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances

sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). 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. 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 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50 % à une demi-rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de

preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

c) Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a; 112 V 371 consid. 2b). Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid.3 et les références citées).

A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 et les références citées).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (TFA I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1), respectivement une appréciation différente d'un même état de fait (TFA I 419/03 du 22 octobre 2003 consid. 4). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (TFA I 559/02 du

31 janvier 2003, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TF I 111/07 du 17 décembre 2007 et les références citées).

3. a) En l'espèce, est litigieuse la suppression de la rente d'invalidité que reçoit le recourant depuis le 1^{er} octobre 1990, de sorte qu'il convient de déterminer s'il y a motif à révision du droit à la rente. L'OAI comme le recourant contestent que la décision d'octroi de rente était manifestement erronée. Au vu du dossier, en particulier de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3; TF 9C_527/2008 du 29 juin 2009 consid. 2.2), on ne peut dire que la décision d'octroi de rente, se fondant du point de vue psychique sur l'expertise du COMAI de 1992 respectivement celle du Dr W. _____ de 1995, était manifestement erronée.

L'OAI estime à cet égard que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré et que celui-ci dispose d'une pleine capacité de travail, rendant la reprise d'une activité lucrative à 100 % tout à fait exigible. Le recourant soutient pour sa part qu'il n'y a pas de modification de son état de santé, mais appréciation différente de la situation qui prévalait en septembre 1995. Conformément au renvoi ordonné par le Tribunal des assurances du canton de Vaud par jugement du 28 mars 2003 - qui a été confirmé par le Tribunal fédéral des assurances par arrêt du 12 août 2004 -, aux rapports versés au dossier après cette date et aux arguments présentés tant par l'OAI que par le recourant, seule doit être examinée l'existence d'une éventuelle modification de l'état de santé psychique de l'assuré.

b) Dans son rapport du 11 septembre 1995 (p. 4), le Dr W. _____ a évoqué le développement d'un syndrome anxio-dépressif avec désinvestissement socio-professionnel et a conclu à une très probable inefficacité du traitement anti-dépresseur, probablement liée à une compliance insuffisante et pouvant mettre sérieusement en doute la question de la "curabilité" de ces symptômes. Il a mis en évidence un

syndrome post-traumatique chronique et probablement définitif, excluant toute reprise d'activité professionnelle de la part de l'assuré.

Dans ses rapports des 1^{er} et 24 février 2005, la Dresse Z. _____ du SMR a notamment indiqué ce qui suit:

"L'état est inchangé en ce qui concerne les suites directes de l'accident de 1989 (céphalées, vertiges, acouphènes, dorsolombalgies); l'assuré ne consulte qu'épisodiquement son médecin ORL. Quant aux comorbidités psychiatriques il n'y en a pas: l'état de stress post-traumatique diagnostiqué par le psychiatre du COMAI en 1992 était à cette époque un diagnostic à la mode, mais il a été utilisé très souvent abusivement; ici les critères nécessaires n'étaient de toute évidence pas remplis : il ne s'était pas agi d'un « événement exceptionnellement menaçant ou catastrophique qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ».

L'assuré n'a jamais fait état d'un sentiment de détresse psychique intense dû aux souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement; il avait en outre présenté une amnésie rétrograde de quelques minutes selon la définition de la commotion cérébrale légère diagnostiquée au moment de l'accident. Il ne vit pas non plus replié sur lui-même; il se rend plusieurs fois par an au Kosovo, il a eu deux nouveaux enfants en 1995 et 1997 avec une compatriote en Suisse, il a été incarcéré en 1997. Selon les psychiatres consultés en 1992 on pouvait s'attendre à une amélioration en 2-3 ans; la thymie déprimée n'a incité à retenir un diagnostic de trouble dépressif à part ni les experts psychiatres consultés en 1992 ni celui en 1995".

Dans leur rapport d'expertise du 9 février 2006, les experts du CEMed ont retenu ce qui suit (p. 35-37):

"Sur le plan psychique il existe des troubles peu spécifique d'intensité modérée, car essentiellement subjectifs, et chroniques, puisqu'ils semblent s'être installés dans les suites de l'accident de 1989, peut-être après une phase de *Syndrome post-commotionnel*.

Leur diagnostic doit être discuté. Il n'existe pas d'évidence documentée d'une période où il y aurait eu un trouble anxieux ou dépressif sévère dans les années qui ont suivi l'accident. De plus, le fait que, dans les années nonante, l'expertisé ait pu nouer une relation affective investie, et avoir deux enfant (en plus des enfants restés au Kosovo avec leur mère), parle en faveur de la conservation de l'élan vital dans cette période, et donc contre une dépression sévère. Pour autant que l'accident de 1989 ait réellement provoqué un traumatisme crânio-cérébral, aujourd'hui il est exclu qu'un *Syndrome post-commotionnel* puisse être encore présent, 16 ans après l'accident. Ce qui peut être mis en évidence à l'heure actuelle est un syndrome anxio-dépressif d'intensité modérée. La composante dépressive peut être qualifiée de légère vu l'absence de

signes objectifs. Quant à la dimension anxieuse, il existe quelques indices en faveur d'un *Etat de stress post-traumatique* (ESPT):

- cauchemar répétitif rappelant l'accident
- comportement d'évitement.

Le tableau clinique n'est pourtant pas typique d'un *ESPT*: dans son cauchemar, l'expertisé est renversé par des coups reçus sur la tête d'un agresseur inconnu, alors que le traumatisme réel était purement accidentel. Or dans l'*ESPT* le traumatisme est vraiment revécu tel quel à travers des cauchemars et des « flashs back ». Ici les cauchemars ne reproduisent pas réellement le traumatisme, et il n'y a pas de « flash-back ». Quant au comportement d'évitement de l'expertisé, il est général (repli social) et non spécifiquement lié aux stimuli rappelant le traumatisme comme dans l'*ESPT*. Dernier point plaçant contre l'existence d'un véritable *ESPT* à l'heure actuelle: lors du présent examen, le récit détaillé de l'accident ne provoque pas de bouffée émotionnelle anxieuse visible, comme on le voit habituellement dans un *ESPT* actif. A l'heure actuelle il paraît donc difficile de retenir le diagnostic d'*ESPT* cliniquement significatif. Pour ce qui est du passé, le dossier évoque le diagnostic d'*ESPT*, notamment l'expertise du COMAI de Lausanne de 1992. Il est possible voire probable que dans les semaines ou mois qui ont suivi l'accident, O._____ ait souffert d'un *ESPT*. Il est cependant difficile de se faire une idée précise de la symptomatologie présente à l'époque car elle n'est pas détaillée dans les documents disponibles: expertise du COMAI de 1992, expertise psychiatrique de Prangins de 1995. Cette dernière retient un diagnostic étranger aux classifications psychiatriques reconnues, celui de « *Syndrome post-traumatique* ». Comme les experts ne précisent pas le tableau clinique subjectif et objectif présenté par O._____ à l'époque, il est impossible de savoir si leur diagnostic non standard se référait à un *ESPT* ou à un *Syndrome post-commotionnel*, appelé parfois par les neurologues *Syndrome post-traumatique*. Il est évoqué un *syndrome anxio-dépressif*, qui n'est pas spécifié (type ? gravité ?). Il est donc possible, voire probable, que l'expertisé ait présenté déjà à l'époque, comme aujourd'hui, un *syndrome anxio-dépressif* non spécifique, sans véritable *ESPT* au sens strict. A l'époque un traitement psychiatrique avec traitement antidépresseur avait été proposé, mais O._____ avait arrêté le traitement rapidement et n'avait plus donné de nouvelles. Les experts psychiatres de Prangins, qui avaient été également médecins traitants pendant une courte période, évoquaient la probabilité d'une mauvaise compliance, et de ce fait ils doutaient de la « curabilité » des symptômes. Sans vraiment justifier leur point de vue, ils concluaient à un *syndrome post-traumatique chronique et probablement définitif, excluant toute reprise d'activité professionnelle*.

En conclusion, à l'heure actuelle, le diagnostic CIM-10 qui peut être retenu est celui de *Trouble anxieux et dépressif mixte*, qui peut être qualifié de chronique. Comme son nom l'indique, ce trouble est un syndrome anxio-dépressif peu spécifique. Selon la CIM-10 il s'agit d'un trouble d'intensité modérée, insuffisante pour justifier un diagnostic spécifique de trouble anxieux ou dépressif. Ce type de trouble se rencontre davantage dans le secteur de la médecine générale qu'en psychiatrie. O._____ affirme d'ailleurs n'avoir jamais consulté de psychiatre, bien que le dossier fasse état de

quelques consultations ambulatoires à Prangins, avec une observance du traitement décrite comme médiocre.

En ce qui concerne les répercussions des troubles psychiques actuels sur la capacité de travail, on peut dire que le *Trouble anxieux et dépressif mixte* n'est pas suffisamment sévère pour être durablement incapacitant.

Quant à la comparaison entre l'état de O. _____ entre 1994 et celui d'aujourd'hui, elle est difficile à établir, faute de description précise de l'état psychique de l'expertisé à l'époque (manque de détails précis sur les symptômes subjectifs, peu d'informations sur les constatations objectives)".

A la question de savoir si l'état de santé présenté par l'assuré est globalement, aujourd'hui, ce qu'il était en 1994, lesdits experts ont noté que (p. 42):

"Pour ce qui est des troubles psychiques, la réponse est difficile à donner faute de description précise de l'état psychique de O. _____. Il est probable que, globalement, l'état psychique de l'expertisé était assez semblable en 1995 à ce qu'il est aujourd'hui [...]".

La Dresse Z. _____ a enfin indiqué ce qui suit dans son rapport du 26 septembre 2006:

"L'expertise psychiatrique de 1995 décrit des plaintes subjectives non objectivables. Elle mélange des éléments médicaux et non-médicaux et conclut finalement à une IT de 100% définitive. Le Dr N. _____, ORL et médecin-traitant parle de sinistrose en 1995; l'assuré s'est installé dans son statut d'invalidé et n'envisage pas de reprendre une activité professionnelle les bénéfices secondaires de l'invalidité étant trop grands. On ne peut pas comparer les rapports médicaux de l'époque à ceux d'aujourd'hui. Comme dit dans mon avis médical l'état de stress post-traumatique diagnostiqué par le psychiatre du COMAI en 1992 était à cette époque un diagnostic à la mode, mais il a été utilisé très souvent abusivement; ici les critères nécessaires n'étaient de toute évidence pas remplis: il ne s'était pas agi d'un « événement exceptionnellement menaçant ou catastrophique qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ». Le Dr D. _____, médecin à la commission AI, écrit en 1992 : accident de nature bénigne dont les séquelles actuelles se limitent à quelques vertiges probablement subjectifs. Mais quoi qu'il en soit, à l'époque on croyait en la nouvelle classification des maladies psychiques et on était peu regardant si les critères étaient vraiment remplis. Avec l'épidémie des PTSD et des TSD, engendrant des rentes dans les années 1995-1998 sans esprit critique, on s'est rendu compte, un peu tardivement, qu'il faut avoir des critères solides.

En conclusion l'expertise de 1995 n'aurait pas dû être suivie quant au taux d'incapacité de travail. L'expert a instauré un traitement antidépresseur et ne voyant pas d'amélioration après 3 trois mois il a conclu à un syndrome post-commotionnel chronique et probablement définitif. L'expert n'a pas envisagé des causes extra-médicales (statut d'invalidé, bénéfices secondaires immenses) pour l'échec des traitements. Pourtant l'assuré s'était amélioré par rapport à 1992. Depuis 1992 il se rend plusieurs fois par an au Kosovo, il a eu deux nouveaux enfants en 1995 et 1997. En 2000 le Dr N._____ écrit que l'assuré ne consulte que 3-4 fois par année et répète inlassablement les mêmes plaintes subjectives non objectivables, le Dr N._____ parle toujours de sinistrose".

c) Au vu de leurs constatations et de leur argumentation, on ne saurait dire que les experts du CEMed ont simplement posé un diagnostic différent de celui retenu en 1995 par le Dr W._____ sans se référer à une modification des circonstances. Au contraire, ils se sont concentrés sur l'état psychique de l'assuré au moment de l'établissement de leur expertise. En effet, les experts du CEMed ont exclu la présence d'un syndrome post-commotionnel 16 ans après l'accident de 1989 (soit en 2005, au moment de leur expertise) et ont mis en évidence un syndrome anxio-dépressif d'intensité modérée, non invalidant. S'agissant de la dimension anxieuse, ils ont émis des réserves quant à la présence "à l'heure actuelle" d'un état de stress post-traumatique chez l'assuré, en se référant aux cauchemars de ce dernier, à son comportement d'évitement sous forme d'un repli social et à l'absence de bouffée émotionnelle anxieuse, à chaque foi en se basant sur les déclarations de l'intéressé lors de l'établissement de l'expertise (p. 19-21).

Au demeurant, le fait que l'assuré ait de sa propre initiative mis fin au traitement par antidépresseurs, ce qui a été relevé par le Dr W._____ en 1995, l'absence de consultation auprès d'un psychiatre (expertise du CEMed, p. 37) et le fait que l'intéressé ne consulte le Dr N._____ que 3-4 fois par année et répète inlassablement les mêmes plaintes subjectives non objectivables (rapport du 26.09.2006 de la Dresse Z._____) ne peuvent que corroborer la présence d'un diagnostic psychique non invalidant, ainsi que l'ont retenu les experts du CEMed.

Par ailleurs, ces derniers ont également mis en évidence une modification intervenue dans la situation personnelle de l'assuré,

indiquant que celui-ci avait pu, dans les années 1990, nouer une relation affective investie et avoir deux enfants (nés en 1995 et 1997), ce qui parlait selon eux en faveur de la conservation de l'élan vital dans cette période et donc contre une dépression sévère (p. 35). Pour sa part, la Dresse Z._____ du SMR a également relevé cette modification des circonstances, ajoutant que l'assuré avait été incarcéré en 1997 (rapports des 01.02.2005, 24.02.2005 et 26.09.2006).

Le fait que les experts du CEMed se soient quelque peu écartés des diagnostics posés par l'expertise du COMAI en 1992 et par le Dr W._____ en 1995 ne permet pas de dire qu'ils ont procédé uniquement à une appréciation différente d'un même état de fait par rapport à la situation qui prévalait en 1995. Les Drs S._____, K._____ et R._____ ont du reste déclaré que "pour autant que l'accident de 1989 ait réellement provoqué un traumatisme crânio-cérébral, aujourd'hui il est exclu qu'un syndrome post-commotionnel puisse être encore présent, 16 ans après l'accident" (p. 35). Ils ont ensuite tenu pour possible voire probable que l'assuré ait souffert d'un état de stress post-traumatique dans les semaines ou mois qui ont suivi l'accident, bien qu'ils aient relevé que la comparaison de l'état de santé de l'assuré entre 2005 et 1994 ou 1995 était difficile à établir, faute de description précise à l'époque (p. 36, 37 et 42). Dès lors, les experts du CEMed n'ont pas simplement critiqué les diagnostics précédemment posés par leurs confrères mais ont expliqué pourquoi ceux-ci n'étaient selon eux en tout cas plus présents au moment de l'établissement de leur expertise, soit en 2005.

L'assertion des experts du CEMed selon laquelle "il est probable que, globalement, l'état psychique de l'expertisé était assez semblable en 1995 à ce qu'il est aujourd'hui [...]" (p. 42), peu précise et surtout insuffisamment étayée, ne saurait remettre en question ce qui précède. Au demeurant, on ne saurait en déduire l'absence de toute modification des circonstances dans le chef de l'assuré par rapport à 1995, sous peine de contredire les constatations des experts quant au diagnostic présenté par l'assuré. De même, si les experts du CEMed ont retenu qu'"il n'y a pas d'incapacité de travail, ceci probablement depuis longtemps [19

mars 1990 selon le Dr N._____, repris par le Dr F._____]" (p. 40), une telle assertion manque de précision et surtout n'émane pas des propres constatations des experts, de sorte qu'elle ne saurait remettre en cause leur appréciation, au demeurant fouillée et convaincante, selon laquelle l'état de santé de l'assuré s'est amélioré, ce qui correspond du reste à l'avis de la Dresse Z._____ (rapport du 26.09.2006).

4. a) On retiendra donc que l'état de santé du recourant s'est modifié entre l'expertise effectuée en 1995 par le Dr W._____ et celles effectuée par les Drs R._____, K._____ et S._____ du CEMed en 2005, impliquant désormais le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte ainsi qu'une modification quant à sa capacité de travail. Les conditions d'une révision du droit à la rente d'invalidité sont donc remplies.

b) Dès lors que, de l'avis des experts du CEMed, le recourant ne présente pas de limitation durable de la capacité de travail, quelle que soit l'activité, on retiendra que l'intéressé présente une pleine capacité de travail, y compris dans son ancienne activité. Il n'est donc pas nécessaire de procéder à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité étant nul. En conséquence, il y a lieu de supprimer la rente d'invalidité du recourant à partir du 1^{er} novembre 2002, conformément à la décision de l'OAI du 6 septembre 2002. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

La présente cause ne préjuge pas, bien entendu, d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré et d'une nouvelle décision de l'assurance-invalidité si les conditions en sont remplies. Par ailleurs, il appartiendra le cas échéant à l'assuré de faire constater par un médecin que son état de santé exclut une reprise d'activité professionnelle, dans le cadre de cette éventuelle nouvelle procédure administrative.

5. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations

de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, ce dernier n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 26 février 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge de O._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier, avocat, Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne (pour O._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :