

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 juin 2010

---

Présidence de M. DIND  
Juges : MM. Berthoud et Monod, assesseurs  
Greffier : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,  
avocat à Lausanne

et

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

---

**Art. 17 et 53 al. 2 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1958, d'origine espagnole, est venu en Suisse en 1979. Dès l'adolescence, il a présenté de graves lésions orthopédiques post traumatiques au niveau de la jambe gauche. Il a néanmoins travaillé dans des activités lourdes, en fabrique, dans l'hôtellerie puis dans le bâtiment en tant que plâtrier-peintre. Dès les années 1980, sont apparues des douleurs dorsales interscapulaires en parallèle avec des douleurs au niveau du membre inférieur gauche.

Par décision du 1<sup>er</sup> juillet 1999, l'assuré a été mis au bénéfice d'une demi-rente AI à compter du 1<sup>er</sup> octobre 1997.

Le rapport médical établi le 12 septembre 2001 par le Dr F.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), à la suite de l'examen médical effectué le jour précédent retient comme diagnostics des dorsalgies et lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs, une gonarthrose gauche post traumatique et un raccourcissement de la jambe gauche avec défaut d'axe de cette même jambe, également post traumatique. Il rapporte que les douleurs tant dorsales qu'au niveau du membre inférieur gauche ont augmenté en intensité, rendant la réalisation de l'activité professionnelle de l'assuré toujours plus difficile même à un taux réduit. Le Dr F.\_\_\_\_\_ relève qu'a ce problème est venu s'associer le fait que l'assuré a reçu une lettre de licenciement pour la fin du mois de septembre 2001. Il estime que l'association de troubles statiques et dégénératifs rachidiens, notamment au niveau dorsal, avec une incompetence musculaire et articulaire du membre inférieur gauche contre-indique l'activité de peintre en bâtiment, même à temps partiel. Dans cette activité-là, il retient une incapacité de travail définitive de l'ordre de 70 %. En revanche, dans une activité plus légère, qui se ferait essentiellement en position assise mais durant laquelle l'assuré aurait le loisir d'étendre son membre inférieur gauche, qui n'impliquerait pas de déplacements en terrain accidenté ou qui

n'imposerait pas de montée/descente d'échelles, d'escabeaux, d'escaliers etc., il reconnaît à l'assuré une pleine capacité de travail, tout en indiquant que le problème est aggravé par le fait que l'assuré ne dispose d'aucune formation professionnelle attestée par un diplôme. Relevant que l'assuré apparaît comme quelqu'un d'intelligent malgré sa faible scolarisation et son jeune âge, il conclut qu'une aide au placement ou un reclassement professionnel mérite absolument d'être tenté.

Le rapport d'examen psychiatrique établi le 31 décembre 2002 par le Dr V. \_\_\_\_\_ du SMR retient les éléments suivants :

"(...)

### **Status psychiatrique**

L'assuré est un homme de 44 ans, faisant son âge, à la mise soignée. Lucide et orienté, il ne présente pas de troubles du cours de la pensée ou d'autres signes de la lignée psychotique. A l'entretien, il s'exprime de manière ouverte et collaborante, dans un français excellent, marqué d'accent espagnol. Ses capacités de jugement et de raisonnement correspondent à une intelligence dans les limites de la norme. A l'examen, la thymie de l'assuré est dépressive avec, au premier plan, des sentiments de dévalorisation et d'incapacité. L'assuré se plaint d'importants troubles de l'attention et de la concentration, ainsi que d'une fatigabilité qui empêchent toute activité prolongée. Il se montre irritable et agressif, ne supportant pas la contrariété de la part de son entourage. L'assuré souffre d'insomnies, son sommeil est entrecoupé de cauchemars, au cours desquels il se trouve en présence de sa femme. L'assuré présente une angoisse flottante, exacerbée en situation agoraphobique ou claustrophobique ou lorsqu'il entend le bruit d'une ambulance. L'assuré s'appuie beaucoup sur ses fils, qui vivent avec lui et lui font à manger. Il ne voit quasiment plus personne, présentant un retrait social marqué. L'assuré présente une personnalité émotionnellement labile à traits abandonniques.

### **DIAGNOSTIC**

- **TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR SÉVÈRE (F33.2) CHEZ UNE PERSONNALITÉ ÉMOTIONNELLEMENT LABILE, À TRAITS ABANDONNIQUES**
- **TROUBLE DOULOUREUX CHRONIQUE**

### **APPRECIATION DU CAS**

L'assuré a montré de bonnes capacités d'adaptation en Suisse, travaillant dans divers métiers, principalement comme peintre en bâtiment. En 1991, à la suite de la naissance de son second enfant, l'épouse de l'assuré présente une dépression grave du post-partum, qui l'amène à être hospitalisée huit mois à Cery. C'est au cours des congés qu'elle fait plusieurs tentamen graves et une tentative de

meurtre sur son bébé. Prenant les choses en main, l'assuré ramène son épouse en Espagne, donnant ses enfants à garder à leur grand-mère maternelle. Il vit de ses économies jusqu'en 1993 où il revient travailler en Suisse.

Ayant souffert durant l'enfance d'une ostéomyélite sur fracture du membre inférieur gauche, l'assuré présente un raccourcissement de ce dernier, qui entraîne des troubles statiques. Il souffre de dorso-lombalgies, prises en charge par son médecin traitant, le Dr J. \_\_\_\_\_, puis par le Dr [...], rhumatologue à [...]. Ayant dans un premier temps demandé à l'AI des mesures professionnelles, l'assuré est mis au bénéfice d'une demi-rente dès le mois d'octobre 1997, continuant son emploi de peintre en bâtiment. Son status douloureux s'étant aggravé, l'assuré finit par être licencié le 30 septembre 2001. Il avait dans l'intervalle réintroduit une demande de révision à l'AI, et se voit mis au bénéfice de mesures professionnelles, sous forme d'un stage d'évaluation au CIP (réd.: Centre d'intégration professionnelle) à Genève. L'assuré ayant divorcé, il reprend en charge ses fils, actuellement âgés de 15 et 11 ans, qui vent avec lui, sans qu'il ait refait sa vie.

L'examen au SMR permet de mettre en évidence un état dépressif d'intensité sévère, apparu au cours de l'année 2002, en particulier depuis que l'assuré se trouve en stage au CIP. Cette aggravation de l'état thymique de l'assuré a conduit à l'incapacité de 50 %, dont il a bénéficié de la part de son médecin traitant dès mi-novembre 2002. Un traitement lege artis n'a pas encore été mis en route.

**Les limitations fonctionnelles** présentées par l'assuré sont un état dépressif de degré sévère, une angoisse aggravée en situation agoraphobique ou claustrophobique, des troubles de l'attention et de la concentration, une fatigabilité importante, une irritabilité et un retrait social, une anhédonie, une consommation abusive secondaire d'alcool, une personnalité émotionnellement labile à traits abandonniques décompensée.

**En ce qui concerne la capacité de travail exigible**, elle est réduite à 0 %, depuis mi-novembre 2002 dans toute activité. Si l'assuré a pu travailler dans le cadre protégé du CIP à Genève aux diverses activités qui lui ont été proposées, un essai de stage en entreprise chez [...] à Renens s'est par contre soldé par un échec. Au moment de l'examen, l'assuré n'était occupé au CIP qu'à une activité de type occupationnelle à 50 %, qui ne peuvent être assimilées à une capacité exigible sur le marché du travail. L'application de mesures professionnelles étant contre-indiquée, leur interruption a été suggérée à M. [...] de la REA. Une révision devrait être ordonnée à fin 2004, après la mise en œuvre d'un traitement psychiatrique adéquat.

(...)"

Par décision du 15 avril 2003, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2003. Une révision de la rente a été prévue pour 2005.

Le 24 janvier 2005, répondant au questionnaire relatif à la révision de la rente que l'OAI lui avait adressé le 11 janvier précédent, l'assuré a indiqué que son état de santé était toujours le même, qu'il était suivi par le Dr J.\_\_\_\_\_ et que la dernière consultation avait eu lieu le 24 décembre 2004. L'état de santé stationnaire de l'assuré a été confirmé par le Dr J.\_\_\_\_\_ le 15 avril 2005.

Le 11 janvier 2007, l'assuré a fait l'objet d'un examen rhumatologique et psychiatrique par les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, du SMR. Le rapport du 5 février 2007 relatif à dit examen mentionne notamment ce qui suit :

"(...)

#### **Anamnèse psychosociale et psychiatrique**

(...)

Le 14.02.03, l'assuré épouse, en secondes noces, une femme d'origine moldave, née en 1969, qu'il a connue en Suisse. Elle est au bénéfice d'un diplôme d'infirmière, dont elle est en train d'obtenir les équivalences en Suisse. Cette femme a une fille d'une 1<sup>ère</sup> union, âgée de 17 ans, qui suit l'école. L'assuré n'a pas d'enfant avec cette femme.

L'entente au sein du couple est décrite comme distante, de qualité médiocre. L'assuré reconnaît qu'il est la source des difficultés conjugales.

L'assuré n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique, il n'a jamais eu de suivi spécialisé. Il s'est rendu en décembre 2002 à la Consultation psychiatrique et psychothérapeutique du [...] à Lausanne, et a vu, suite à la convocation pour l'examen de ce jour, un psychiatre à la policlinique de [...] (...).

(...)

#### **DIAGNOSTICS**

##### **- avec répercussion sur la capacité de travail :**

- DORSOLOMBALGIES CHRONIQUES SUR TROUBLES STATIQUES (SCOLIOSE SUR RACCOURCISSEMENT DU MEMBRE INFÉRIEUR G POST-OSTÉOMYÉLITE) M54.9
- GONALGIES G SUR REMANIEMENT ARTHROSIQUE (STATUS POST-OSTÉOMYÉLITE) M17.03

##### **- sans répercussion sur la capacité de travail :**

- STATUS APRÈS ÉPISODE DÉPRESSIF SÉVÈRE, EN RÉMISSION DEPUIS FÉVRIER 2003 F33.4.
- DYSTHYMIE F34.1.

- TROUBLES MENTAUX ET TROUBLES DU COMPORTEMENT LIÉS À L'UTILISATION D'ALCOOL, CONSOMMATION CONTINUE F10.25.
- PRÉ-OBÉSITÉ AVEC BMI À 28.7.
- STATUS APRÈS CURE DE VARICES DU MEMBRE INFÉRIEUR D.
- DISCOURS ALGIQUE POLYMORPHE SANS SUBSTRAT ORGANIQUE.

### **APPRECIATION CONSENSUELLE DU CAS**

**Sur le plan psychiatrique**, il s'agit d'un assuré âgé de 49 ans, d'origine espagnole, en Suisse depuis 1980. (...)

Suite à un examen psychiatrique réalisé le 17.12.02, un épisode dépressif d'intensité sévère est reconnu, mis en corrélation avec une problématique de couple : en effet, la 1<sup>ère</sup> épouse de l'assuré souffre d'une atteinte psychiatrique grave à la santé, pour laquelle elle a eu de nombreux mois d'hospitalisation, ainsi que des tentatives violentes de suicide et de meurtre.

L'appréciation de ce jour met en évidence un assuré qui s'est remarié, qui n'a plus de contact avec son ex-épouse, et qui mène une vie quotidienne relativement peu active, occupée par une consommation alcoolique de plus d'1 litre de vin/jour.

L'assuré mentionne des signes de baisse de moral, qui ne sont toutefois pas accompagnés de signes objectifs de dépression. A ce titre, le tableau actuel est celui d'une dysthymie.

Si l'on s'appuie sur l'examen SMR réalisé le 17.12.02, force est de constater que l'état de santé psychique de l'assuré s'est largement amélioré. Cette amélioration est objectivée par le nouveau mariage de l'assuré en date du 14.02.03 : il n'a plus la charge de sa première épouse malade et a pu entamer une nouvelle relation sentimentale.

Actuellement, les plaintes de l'assuré ainsi que le tableau clinique correspondent à une dysthymie : l'assuré est globalement insatisfait, aisément agacé par autrui. Il ne s'agit pas d'une dépression. L'absence totale de troubles de l'attention et de la concentration appuie cette appréciation. Il est clair que la consommation éthylique n'améliorera pas ce sentiment de mal-être et que son absence d'activité professionnelle peut aggraver un sentiment de dévalorisation.

Tenant compte de ces éléments, l'assuré n'a plus d'atteinte invalidante à la santé d'ordre psychiatrique depuis février 2003, l'exigibilité professionnelle sur le plan psychiatrique est totale depuis lors.

**Sur le plan somatique**, (...) l'assuré présente un raccourcissement de 3,5 cm du membre inférieur G, à la suite d'une ostéomyélite survenue à l'adolescence. Ce raccourcissement du membre inférieur induit un déséquilibre et des troubles statiques du bassin et du rachis, avec une attitude scoliotique et une bascule pelvienne. Ces troubles statiques induisent un déséquilibre sur le plan musculaire, à l'origine de douleurs dorsolombaires chroniques dans un 1<sup>er</sup> temps de type mécanique, puis progressivement continuels. L'examen sur le plan neurologique est sp, hormis la non obtention d'un réflexe

rotulien à G. Le reste de l'examen de médecine générale ne met pas en évidence d'atteinte à la santé à caractère invalidant.

L'assuré ne décrit l'apparition d'aucune nouvelle symptomatologie depuis l'évaluation rhumatologique effectuée en septembre 2001.

En conclusions, cet assuré présente un trouble statique du rachis, sur un raccourcissement du membre inférieur, à la suite d'une ostéomyélite dans l'enfance. Au vu de ces atteintes à la santé, sa capacité de travail dans son activité habituelle de plâtrier-peintre n'est plus que de 30%, évaluation identique à celle réalisée par le Dr F. \_\_\_\_\_ en 2001. Dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail théorique est de 100%, sans diminution de rendement. Notre évaluation sur le plan somatique est identique à celle réalisée en 2001.

### **Les limitations fonctionnelles**

Activité de type sédentaire, permettant la variation des positions assise/debout minimum 1x/l'heure, de préférence à sa guise, pas de port de charges supérieures à 7,5kg de façon répétitive, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas de position accroupie ou en genuflexion à répétition.

Sur le plan strictement psychiatrique, l'assuré n'a plus aucune limitation fonctionnelle depuis février 2003.

(...)"

Par avis médical du 21 février 2007, la Dresse D. \_\_\_\_\_ du SMR a indiqué qu'au vu de l'amélioration psychiatrique survenue depuis février 2003, la capacité de travail de l'assuré était à nouveau de 100 % dans une activité adaptée depuis cette date.

Par avis médical du 3 septembre 2007, le Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR a précisé que le problème d'alcool de l'assuré avait été pris en compte dans l'examen bidisciplinaire du SMR de janvier 2007, que la dépression alléguée était en rémission, que le jeu comme problème de santé n'était attesté par aucun médecin et que les empêchements secondaires hypothétiques à un tel problème restaient donc bien mystérieux à ses yeux. Il a indiqué que la capacité de travail était inchangée depuis l'avis médical du 21 février 2007.

Le "rapport final" de l'OAI du 19 novembre 2007 mentionne notamment ce qui suit :

"(...)

Lorsque nous recevons l'assuré le 6 juin 2007, il pense ne rien pouvoir faire actuellement. Il explique que ses difficultés sont aussi bien physiques que morales et qu'il a été "pris dans une spirale". Dans un rapport de confidentialité, il évoque sa dépression, ses pertes mnésiques, ses importants problèmes éthyliques et, avec beaucoup de gêne, il affirme également jouer. Face à cette problématique de dépendance qu'il reconnaît et dont il sait qu'il ne peut s'en sortir sans l'aide d'un-e psychothérapeute, il affirme vouloir maintenant se soigner, soit entreprendre une psychothérapie. A cet égard, il dit avoir entrepris des démarches et avoir consulté les Dresses N.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ du centre d'alcoologie ainsi que le Dr M.\_\_\_\_\_ à G.\_\_\_\_\_.

Il nous demande du temps pour se soigner, mais envisage reprendre par la suite et progressivement une activité professionnelle, car il se sent très déprécié à rester chez lui à ne rien faire. (...) Mais pour l'heure, la mise en place de mesures d'ordre professionnel nous apparaît être en effet prématurée. Etant donné qu'il n'est pas sevré et qu'il s'alcoolise de façon importante, nous lui avons proposé, cet automne, le suivi du programme "123" (mesure thérapeutique) à la Fondation W.\_\_\_\_\_.

Après s'être rendu à l'entretien, apparemment alcoolisé, il nous a informés de son refus d'entrer dans ce type de démarche (...)

Après lui avoir laissé du temps pour se soigner, mais constatant son manque évident de motivation et refusant toute mesure, nous avons annoncé à l'assuré en date du 5 novembre 2007 les conséquences de son refus de collaboration, à savoir la très probable suppression de sa rente.

Ainsi, si M. B.\_\_\_\_\_ avait accepté les mesures thérapeutiques proposées, nous aurions pu, par la suite, et également à la Fondation W.\_\_\_\_\_, lui faire bénéficier des mesures d'ordre professionnel par un stage d'évaluation qui lui aurait permis de définir une activité adaptée. (...)

Etant donné que M. B.\_\_\_\_\_ ne collabore pas, nous sommes contraints de procéder à une approche théorique de gain. (...)"

Par projet de décision du 11 avril 2008, l'OAI, se fondant sur l'avis médical du SMR, a considéré que la capacité de travail de l'assuré était totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Après avoir calculé le degré d'invalidité de l'assuré selon une approche théorique et observé que celui-ci (25,04 %) était inférieur au minimum légal de 40 %, il a constaté que son droit à la rente s'éteignait. Il a donc supprimé la rente dès le 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de la décision.

Par courrier du 26 mai 2008, l'assuré, désormais représenté par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne, a contesté le projet de décision de l'OAI du 11 avril précédent. Il a fait valoir, que contrairement à ce qu'indique dite décision, son état de santé psychique ne s'est pas amélioré au point qu'une activité adaptée soit exigible. A l'appui de ses dires, l'assuré a produit une copie du rapport établi le 8 mai 2008 par la Dresse L.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe du département de psychiatrie du Centre T.\_\_\_\_\_, à l'attention du médecin traitant de l'assuré. Ce rapport relève notamment ce qui suit :

"(...)

Nous vous remercions de nous avoir adressé pour consilium le patient susmentionné, que nous avons vu à notre consultation en date des 31 mars et 10 avril 2008.

Problème actuel :

Vous nous adressez M. B.\_\_\_\_\_ avec des questions concernant les diagnostics psychiatriques, le pronostic ainsi que l'attitude thérapeutique. Vous suivez de longue date ce patient qui a déjà été vu dans notre service en février 2007, avec les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de syndrome de dépendance à l'alcool. (...)

Status

Il s'agit d'un patient de 50 ans, paraissant plus que son âge, à la tenue légèrement négligée, orienté aux quatre modes et collaborant. Il s'exprime dans un français correct, son discours est cohérent. La thymie est abaissée. Il ne présente pas de symptôme psychotique floride.

Diagnostics (DSM-IV) :

- Dépendance alcoolique.
- Trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel moyen.

Discussion :

Nous retenons le diagnostic de dépendance alcoolique car M. B.\_\_\_\_\_ présente une tolérance à l'alcool avec une consommation de 2 litres de vin rouge par jour en moyenne depuis plusieurs années, un abandon des activités sociales et de loisirs en lien avec cette consommation, un isolement, jusqu'à présent il n'est pas parvenu à diminuer ou à contrôler l'utilisation de cette substance quand bien même il est conscient des répercussions psychologiques et physiques potentielles de l'alcool. En cours d'investigation, M. B.\_\_\_\_\_ s'est inquiété du fait que les tests sanguins effectués à votre cabinet étaient perturbés en lien avec sa consommation et a décidé de la réduire du jour au lendemain. Nous manquons toutefois

de recul sur ce changement de consommation qui devrait se poursuivre dans le cadre d'un suivi spécialisé.

Nous retenons également le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel moyen en raison de la notion anamnétique d'au moins deux épisodes dépressifs, le premier en 2002 et le second à fin 2006. Ce second épisode n'est actuellement pas terminé, M. B. \_\_\_\_\_ n'ayant pas présenté depuis fin 2006 de période asymptomatique. Toutefois nous ne pouvons encore retenir le diagnostic de trouble dépressif chronique puisque la durée de l'épisode actuel est actuellement inférieure à deux ans. Comme symptômes, nous relevons une humeur dépressive présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours accompagnée d'une importante irritabilité, une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour les activités, des insomnies avec réveils à 3 heures du matin et impossibilité de se rendormir, une fatigue et une absence d'énergie, sentiment de dévalorisation. M. B. \_\_\_\_\_ nous rapport avoir eu récemment des pensées de mort récurrentes avec scénario de se jeter sous un train, mais ne présente plus de telles pensées au moment où nous le voyons.

M. B. \_\_\_\_\_ se trouve actuellement dans un contexte de crise : il décrit une ambiance familiale conflictuelle au quotidien, il pense demander le divorce prochainement, et de plus a été averti par l'Assurance invalidité que sa rente allait lui être retirée au vu de sa non-collaboration au traitement proposé en 2007. Au terme de notre investigation, M. B. \_\_\_\_\_ a reçu le projet de décision de l'Assurance invalidité confirmant ceci et a décidé de se faire représenter par un avocat afin de se défendre contre cette décision.

Sur le plan psychiatrique, nous relevons que l'importante dépendance à l'alcool présentée par M. B. \_\_\_\_\_ complique la prise en charge du trouble dépressif concomitant qu'i présente. Il nous paraît prioritaire de traiter cette dépendance. Nous avons convenu avec M. B. \_\_\_\_\_ de débuter une prise en charge au Centre de Traitement d'Alcoologie du [...] et un premier rendez-vous a été fixé pour le 16 mai 2008 avec Mme C. [...]. La dépendance alcoolique de M. B. \_\_\_\_\_ semble évoluer depuis 2002 au moins, et il ne nous est actuellement pas possible de nous prononcer sur un pronostic. Celui-ci devrait être réévalué à distance du début de la prise en charge spécialisée, dont le résultat dépend grandement de la collaboration du patient.

(...)"

Par avis médical du 2 juillet 2008, le Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR a indiqué que le problème d'alcool de l'assuré cité dans les pièces du dossier est primaire, les entraves à l'insertion dans le monde de l'économie secondaires à la pratique alcoolique, de sorte qu'elles ne sont pas à la charge de l'institution. Il relève que le problème d'alcool n'est pas un fait nouveau et que, sur le plan psychiatrique, l'assuré a été évalué au [...] en février 2007, soit quelques jours après l'examen par le SMR, ce qui

démontre que les conclusions du [...] ne sont que l'appréciation différente d'une situation similaire à celle appréciée par les médecins du SMR lors de l'examen clinique de février 2007.

Par décision du 26 septembre 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 11 avril précédent et les motifs le fondant.

**B.** Par acte du 21 octobre 2008, B.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 26 septembre 2008 et conclu à son annulation. Il a fait valoir en substance que, sur le plan somatique, sa situation ne s'est pas du tout améliorée, ses troubles dégénératifs ayant progressé et engendré peu à peu une augmentation des douleurs. C'est uniquement pour faire face à ces douleurs que le recourant a vu son caractère se transformer et a peu à peu sombré dans l'alcoolisme. Il soutient ainsi qu'il s'agit d'un alcoolisme secondaire. Sur le plan psychique, l'ensemble de la situation s'est dégradé. L'alcoolisme, secondaire à son état somatique, s'est installé. Le recourant explique également que s'il n'a pas pu accepter un séjour de 6 mois en milieu fermé à la Fondation W.\_\_\_\_\_ c'est parce qu'il voulait rentrer le soir pour s'occuper de son enfant au vu du contexte familial. Il indique continuer son traitement antidépresseur, essayer de dormir grâce à du valium, mais ne pas parvenir à résoudre son problème d'alcool, qui est lié à une dégradation générale de sa situation. Cela étant, faute d'amélioration de son état de santé et de sa capacité de travail, c'est à tort que sa rente a été supprimée. Enfin, le recourant expose que, si la question de la reconsidération ne se pose pas dans la présente cause, l'OAI s'étant placé exclusivement sur le terrain de la révision, il n'en demeure pas moins que les arguments de l'OAI pour supprimer sa rente montrent qu'il s'agit en réalité d'une appréciation nouvelle d'une situation qui n'a pas fondamentalement changé, de sorte qu'on se trouve en présence d'une reconsidération déguisée. Le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 16 février 2009, l'OAI conclut au rejet du recours en faisant valoir que, dans la mesure où le recourant s'est remarié

et n'a plus de contacts avec son ex-épouse, son état de santé psychique s'est largement amélioré, ce qui constitue un motif de révision justifiant la suppression du droit à la rente.

Dans sa détermination du 18 mars 2009, le recourant confirme ses conclusions. Il relève en particulier que l'argument de l'intimé selon lequel son état de santé se serait subitement et largement amélioré parce qu'il a divorcé de sa première épouse non seulement prête à rire par sa légèreté et son absence de fondement médical, mais est surtout en contradiction avec les éléments qui ressortent tant du rapport du SMR que de celui du Dr L. \_\_\_\_\_ du 8 mai 2008. Il souligne le fait que ces deux documents font état, dans les relations du recourant avec sa seconde épouse, de conflits importants.

Par écriture du 23 avril 2009, l'OAI a indiqué que la réponse du recourant ne contenait aucun élément susceptible de remettre en cause le bien-fondé de sa décision et a indiqué s'opposer à la requête d'expertise en faisant valoir que le dossier ne contient pas de lacune sur le plan médical.

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

**1. a)** En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), 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'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi ne déroge expressément à la LPGA.

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA) et répondant en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**c)** A teneur de ses art. 1 et 2 al. 1 let. c, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique au présent recours porté devant la cour de céans, cette dernière étant compétente pour en connaître (art. 57 LPGA; 93 al. 1 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'une suppression de rente sans limitation dans le temps.

**2.** Est litigieux en l'espèce le point de savoir si le motif retenu par l'OAI pour supprimer la rente du recourant dans sa décision de révision du 26 septembre 2008 (amélioration de l'état de santé conduisant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée) constitue un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGA).

**3. a)** A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité la diminution de gain, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Aux termes 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.

Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 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. L'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2008, de la 5<sup>e</sup> révision de la LAI n'a pas apporté de modification à cet échelonnement (cf. art. 28 al. 2 LAI).

**4. a)** Aux termes 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. Selon l'art. 88a al. 1 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain 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. Dans le cadre d'une révision, 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 (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

Constitue un motif de révision n'importe quel fait propre à entraîner une modification du degré d'invalidité. Selon la jurisprudence, il peut y avoir matière à révision soit en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, soit en cas de modification notable des répercussions sur la capacité de gain d'un état de santé resté inchangé (ATF 130 V 343, consid. 3.5; TF 8C\_983/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1). Une révision n'est admissible que si une modification de la

situation effective s'est produite, et si cette modification influence le degré d'invalidité, partant le droit à la rente; il ne suffit pas qu'une situation, restée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée d'une manière différente (TF 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 *in fine* et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranchée 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 précité, consid. 3.5.2; TF 9C\_441/2008 précité, consid. 4.1 *in fine*).

**b)** Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe suffire à justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C\_659/2009 du 12 février 2010, consid. 2.2 et les références).

**c)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C\_658/2008, 8C\_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

**5. a)** En l'espèce, il y a lieu de comparer les constatations du SMR faites respectivement le 17 décembre 2002 (qui ont conduit à l'octroi d'une rente entière) et le 11 janvier 2007 sur le plan psychique. A titre de rappel, on relèvera que le recourant avait fait l'objet d'un examen rhumatologique par le Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR le 11 septembre 2001, qui avait conclu que le recourant présentait des dorsalgies et lombalgies chroniques ainsi qu'une gonarthrose entraînant une incapacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle de plâtrier-peintre, la capacité étant toutefois entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et un reclassement devant être tenté.

Si on se réfère à l'examen psychiatrique du SMR du 17 décembre 2002, le recourant souffrait d'un état dépressif d'intensité sévère, apparu au cours de l'année 2002, soit alors qu'il se trouvait en stage au Centre d'intégration professionnelle de Genève. Les limitations fonctionnelles présentées par le recourant à l'époque étaient un état dépressif de degré sévère, une angoisse aggravée en situation agoraphobique et claustrophobique, des troubles de l'attention et de la concentration, une fatigabilité importante, une irritabilité et un retrait social, une anhédonie, une consommation abusive secondaire d'alcool, ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile à traits abandonniques décompensée. Le Dr V. \_\_\_\_\_ du SMR en avait conclu que la capacité de travail exigible était de 0 % depuis le mois de novembre 2002 dans toute activité.

Quant au rapport d'examen psychiatrique du 5 février 2007 (examen du 11 janvier 2007), il retient un status après épisode dépressif sévère, en rémission depuis février 2003 et expose que, suite à l'examen psychiatrique réalisé le 17 décembre 2002, un épisode dépressif d'intensité sévère avait été reconnu, mis en corrélation avec une problématique de couple, l'épouse de l'assuré souffrant d'une atteinte psychiatrique grave à la santé pour laquelle elle a eu de nombreux mois d'hospitalisation ainsi que des tentatives de suicide et de meurtre. La Dresse H. \_\_\_\_\_ du SMR indique que l'appréciation du 11 janvier 2007 a mis en évidence un assuré qui s'est remarié, qui n'a plus de contact avec son ex-épouse et qui mène une vie quotidienne relativement peu active, occupée par une consommation alcoolique de plus d'un litre de vin par jour. Elle relève que si l'assuré mentionne des signes de baisse de moral, ceux-ci ne sont toutefois pas accompagnés de signes objectifs de dépression et qu'à ce titre, le tableau actuel est celui d'une dysthymie. Le SMR conclut à une exigibilité professionnelle totale depuis le 14 février 2003 en raison de cette amélioration (cf. rapport, pp. 8 et 9).

Les conclusions du rapport du SMR du 5 février 2007 sont contestées par le recourant qui se réfère pour sa part au rapport établi le

8 mai 2008 par la Dresse L. \_\_\_\_\_ du département de psychiatrie du Centre T. \_\_\_\_\_ à la suite du consilium des 31 mars et 10 avril 2008. Ce rapport retient comme diagnostics une dépendance alcoolique ainsi qu'un trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel moyen, en raison de la notion anamnétique d'au moins deux épisodes dépressifs, le premier en 2002 et le second à la fin de l'année 2006, épisode qui n'est actuellement pas terminée, l'assuré n'ayant pas présenté depuis la fin de l'année 2006 de période asymptomatique. Comme symptômes, la Dresse L. \_\_\_\_\_ note une humeur dépressive présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, accompagnée d'une importante irritabilité, une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour les activités, des insomnies avec réveils à 3 heures du matin et une impossibilité de se rendormir, une fatigue et une absence d'énergie ainsi qu'un sentiment de dévalorisation. Elle rapporte également les idées suicidaires avec scénario de se jeter sous le train que l'assuré dit avoir récemment eues même si elles ont disparu. Enfin, la Dresse L. \_\_\_\_\_ relève le contexte de crise dans lequel l'assuré se trouve, soit une ambiance familiale conflictuelle au quotidien telle qu'il songe à demander le divorce prochainement.

Il est constant que les conclusions auxquelles aboutissent les rapports respectifs du SMR et de la Dresse L. \_\_\_\_\_ quant à l'état de santé psychique du recourant sont contradictoires : le premier rapport conclut à l'absence d'état dépressif et à l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan psychique depuis le mois de février 2003, alors que le second pose comme diagnostic un trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel moyen. Or, quand bien même le rapport du SMR mentionne, au titre de l'anamnèse psychosociale et psychiatrique, que l'entente au sein du couple du recourant est décrite comme distante et de qualité médiocre, il conclut étonnamment que l'amélioration de l'état de santé psychique du recourant est objectivée par son nouveau mariage en date du 14 février 2003 et le fait qu'il n'a plus la charge de sa première épouse et qu'il a pu entamer une nouvelle relation sentimentale. Cela étant, force est de constater que les conclusions du rapport du SMR quant à l'amélioration de l'état de santé psychique du recourant, contredites par les éléments anamnestiques et symptomatiques résultant des pièces du

dossier, sont mal étayées et par conséquent peu convaincantes. En revanche, plus récente et mieux documentée, l'analyse de la Dresse L.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 8 mai 2008, plus particulièrement l'exposé détaillé des éléments anamnestiques et l'objectivation des symptômes d'un état dépressif majeur perdurant, emporte la conviction de la cour de céans par sa clarté et sa pertinence. Ses constatations vont dans le sens d'une situation identique sur le plan psychique à celle qui prévalait lors de l'examen du SMR du 17 décembre 2002, de sorte que, au degré de la vraisemblance prépondérante, faute de l'amélioration de l'état de santé du recourant, aucun motif de révision ne peut être retenu (art. 17 LPGA). Cela étant, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée dans le sens du maintien de la rente entière qui a été allouée au recourant le 15 avril 2003.

**b)** Certes, le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (TF, I 8/04, arrêt du 12 octobre 2005; ATF 125 V 369, cons. 2 et les arrêts cités; ATF 112 V 373 cons. 2c et 390 cons. 1b). La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, prévoit désormais expressément la reconsidération d'une décision à son art. 53 al. 2.

En l'espèce, la décision du 15 avril 2003 allouant au recourant une rente entière AI est correcte, dès lors qu'elle se fonde sur l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_ du SMR du 17 décembre 2002 qui a retenu une incapacité totale de travailler dans quelque activité que ce soit en raison de l'état dépressif d'intensité sévère apparu au cours de l'année 2002. Il n'y a par conséquent pas de motif à reconsidérer la décision en question.

**6.** En définitive, bien fondé, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires in casu (art. 52 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité du 26 septembre 2008 est annulée.
- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité versera au recourant B. \_\_\_\_\_ 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :