

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 janvier 2010

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Thalmann et M. Monod, assesseur
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

G._____, à Corsier-sur-Vevey, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat à la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA

E n f a i t :

A. G._____, né en [...], ressortissant [...], a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey (ci-après : l'OAI), le 23 septembre 1998 en vue de l'octroi d'une rente. Il travaillait depuis le 16 octobre 1989 en qualité d' [...] (selon l'employeur) et [...] (selon l'assuré) pour le compte de la société [...]. Hormis deux tentatives de reprise d'emploi en janvier et mars 1998 et selon les pièces du dossier, il n'a plus travaillé depuis octobre 1997.

A la demande de l'assureur perte de gain, [...], le Dr B._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une expertise le 21 avril 1998. L'anamnèse et le diagnostic étaient les suivants :

« Anamnèse :

Patient de [...], d'origine [...], se plaint de douleurs lombaires depuis 1995. A noter qu'en 1995, il a subi un accident de voiture sur l'autoroute où quelqu'un a déboîté sur la piste de gauche là où se trouvait la voiture du patient, apparemment il n'y a eu aucun problème par la suite ni aucune douleur, la voiture a subi des dégâts relativement minimes c'est-à-dire qu'il a dû remplacer le radiateur et il y a eu quelques travaux de carrosserie.

En fait, environ un mois après, apparition de dorso-lombalgies puis sciatalgies gauches résistant au traitement médical, un scanner de cette époque montrait une discopathie L3-L4-L5-S1 sans évidence de hernie, finalement amélioration et il subsistaient des douleurs par intermittence pendant l'année 1996 et quelquefois douleurs lors de changements de temps.

En été 1997, lors d'un séjour en [...]: blocage au niveau lombaire nécessitant une hospitalisation dans son pays, et après sa rentrée en Suisse, persistance des douleurs sous forme de lombalgies avec sciatalgies gauches puis droites, mais en fait mal systématisées.

Vu l'importance des plaintes, un nouveau scanner a été effectué qui ne montre toujours pas de hernie discale, par-contre une discopathie surtout L5-S1. Pour compléter les investigations, un examen neurologique a été fait le 21.11.1997 chez le Dr [...], qui conclut à un examen neurologique sans anomalies et l'EMG ne montre pas de signes d'atteintes radiculaires des segments L4 à S1 et il conclut à des rachialgies d'origine dégénératives.

Diagnostic :

- Lombalgies chroniques L5-S1 avec irradiation dans la fesse gauche

- Sacro-iliaque gauche bloquée et nettement douloureuse
- Insertionite du levator scapulae sur l'omoplate droit ».

Le 6 octobre 1998, le Dr J._____, généraliste et médecin traitant, a constaté que l'état de santé de son patient allait en s'aggravant. Il a diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies, des sciatalgies bilatérales sur troubles statiques et dégénératifs du rachis et un état anxio-dépressif avec probables troubles somatoformes douloureux.

Dans un rapport médical du 27 novembre 1998, les médecins de la Policlinique psychiatrique F._____ ont retenu que l'assuré souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. A leur avis, vu l'importance et la chronicité des troubles somatiques présentés, ainsi que le rôle que ceux-ci jouaient dans l'économie psychique et familiale, un traitement psychothérapeutique exploratoire n'était pas indiqué; en revanche, l'intéressé pouvait bénéficier d'entretiens de soutien et d'une médication anxiolytique. Pris en charge depuis le 20 juillet 1998, l'assuré n'a pas souhaité poursuivre les consultations.

L'OAI a sollicité la mise en œuvre d'un examen médical auprès de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne, Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après : COMAI), le 14 décembre 1999. Dans leur rapport rhumatologique et psychiatrique du 30 juillet 2001, les experts ont diagnostiqué ce qui suit :

« Avec retentissement sur la capacité de travail :

- Trouble somatoforme douloureux persistant sous la forme de lombalgies avec pseudo sciatalgies et cervicalgies;
- Troubles dépressif récurrent : épisode actuel sévère sans symptôme psychotique;
- Personnalité à traits rigides;
- Discopathie L5-S1 ».

Ils ont estimé que l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il travaille à 50 % dans son ancienne activité d'aide-mécanicien et de magasinier, toutefois sans que celle-ci ne nécessite de travaux lourds, le port de

charges répétitives de plus de 20 kg et les mouvements répétés en porte-à-faux du rachis.

Dans un avis du 12 novembre 2001, le Service médical régional AI, à Vevey (ci-après : SMR), s'est rallié aux conclusions du COMAI tout en relevant que toute mesure de reclassement semblait vouée à l'échec en raison de l'attitude rigide de l'assuré et de son absence de motivation.

Le 4 décembre 2001, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente fondée sur un degré d'invalidité de 50 % à partir du 1^{er} octobre 1998. L'office a notifié une décision en ce sens le 15 mars 2002.

L'assuré a interjeté recours contre cette décision, qui a été confirmée par le Tribunal des assurances du canton de Vaud le 11 février 2004 au motif qu'il convenait de suivre l'expertise.

B. Le 7 avril 2004, G. _____ a requis une révision de son cas en produisant un certificat médical du 29 mars 2004 de son médecin traitant selon lequel son état de santé ne s'était pas amélioré en raison des échecs successifs de l'augmentation et du changement du traitement anti-dépresseur.

Le 20 janvier 2005, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré. Le 27 janvier 2005, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrée en matière, laquelle a été annulée sur opposition le 10 novembre 2005 dès lors que le rapport du médecin traitant était propre à rendre plausible une aggravation de l'état de santé.

Dans un rapport médical du 16 décembre 2005, outre la persistance des rachialgies, sciatalgies et coxalgies bilatérales fluctuantes, le Dr J. _____ a relevé une péjoration de l'état anxio-dépressif de son patient malgré l'introduction de différents anti-dépresseurs et d'un suivi psychiatrique.

Le 14 décembre 2006, le Dr R._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F33.1, F33.3.), une discopathie L5-S1 avec hernie discale et symptomatologie douloureuse lombaire irradiant dans les membres inférieurs gauches et un trouble de la personnalité sans précision (F60.9). Le spécialiste a noté un état actuel sub-dépressif avec un ralentissement psychomoteur, une baisse d'énergie, une faible estime de soi, des difficultés de concentration et des moments avec le sentiment de désespoir. Il n'y avait pas de thérapie proprement dite à suivre, si ce n'est des entretiens de bilan, d'autant plus qu'il s'agissait de troubles de la personnalité avec une rigidité marquée et avec des difficultés d'introspection, indispensable pour une psychothérapie, quelle que soit la forme.

Mandaté par l'OAI, le Dr A._____, psychiatre FMH, a procédé à une expertise le 17 juillet 2007. Son rapport du 18 septembre suivant a notamment la teneur suivante :

« Appréciation psychiatrique :

Du point de vue psychiatrique, la personne assurée présente un syndrome douloureux somatoforme persistant, CIM-10 : F45.4.

Du point de vue psychiatrique, on doit partir de l'idée qu'on ne peut pas expliquer complètement la plainte essentielle (douleurs) de l'assuré. Comme écrit dans l'expertise du COMAI, il y avait à l'époque des conflits et des problèmes psychosociaux suffisamment importants qui ont causé la problématique de l'assuré. On doit partir dans l'idée que cette problématique est toujours encore entretenue par des difficultés de vie actuelles, par exemple la mort du père et le fait que l'assuré n'a pas pu l'aider et également des problèmes de couple en raison des douleurs, qui entretiennent certainement, dans le sens d'un cercle vicieux, la problématique algique de la personne assurée. Cependant, durant l'examen psychiatrique, il n'a pas été possible de mettre en évidence un épisode dépressif auprès de l'assuré. Ce dernier ne présentait pas de diminution de la concentration et de l'attention. A part les douleurs, il ne présentait pas une diminution de l'estime de soi ou de la confiance en soi. Il était plutôt engagé dans l'examen psychiatrique. A part face aux douleurs, il n'avait pas une attitude morose et pessimiste face à l'avenir. A l'heure actuelle, il ne présente pas des idées suicidaires. Pour toutes ces raisons-là, on ne peut pas poser le diagnostic d'un épisode dépressif.

La personne assurée ne présente pas non plus une autre maladie psychiatrique.

Capacité de travail :

Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail de la personne assurée est de 100 %.

Dans l'examen psychiatrique, l'assuré ne présentait pas de diminution de la flexibilité cognitive et affective, par exemple troubles de mémoire, intellectuels, de la pensée formelle ou du contenu de la pensée. Il ne présentait pas de fatigabilité, même à la fin de l'examen psychiatrique.

Pour toutes ces raisons-là, on peut postuler que la capacité de travail de l'assuré est de 100 %.

Propositions de traitement et pronostic :

Du point de vue psychiatrique, il est important que le traitement psychiatrique soit poursuivi et ceci dans la langue maternelle de l'assuré. Dans la thérapie, la personne assurée doit apprendre à mieux gérer sa problématique algique. Les effets secondaires des médicaments doivent être clairement discutés entre le psychiatre et le médecin généraliste. Du point de vue psychiatrique, un changement de médication pourrait être intéressant. Par exemple, la combinaison d'un inhibiteur de la reuptake de Serotonine (par exemple le Seropram) et d'un stabilisateur des nerfs tel que le Neurontin pourrait être bénéfique pour l'assuré.

Avec un tel traitement, on pourrait même envisager une légère amélioration. Cependant, on doit partir dans l'idée que la problématique de la personne assurée va rester stable.

III. Réponses à vos questions:

A. Questions cliniques

Questions 1 à 3 voir l'expertise ci-dessus.

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

Nihil.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

Trouble douloureux somatoforme persistant, CIM-10 : F45.4, déjà depuis les années 1980.

5. Appréciation du cas et pronostic

Voir les chapitres « Appréciation psychiatrique », « Capacité de travail » et « Propositions de traitement et pronostic ».

B. influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique

Au plan psychique et mental

Au plan social

Du point de vue psychiatrique, la personne assurée ne présente pas une limitation pour une activité lucrative car il n'y a pas de diminution de la flexibilité cognitive et affective.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Vu que l'assuré n'exerce pas d'activité, cette question est sans objet.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail.

Du point de vue psychiatrique, 100 %.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Cette question est sans objet.

2.4 Ya-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure ?

Cette question est sans objet.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Du point de vue psychiatrique, cette question est sans objet.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Cette question est sans objet.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Du point de vue psychiatrique, la personne assurée est capable de s'adapter à son environnement professionnel. Vu que l'assuré est un peu plus irritable en raison de ses douleurs, les communications et la hiérarchie au sein de l'équipe doivent être bien claires.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :

- **la possibilité de s'adapter à un rythme de travail**
- **l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social**
- **la mobilisation des ressources existantes**

Du point de vue psychiatrique, une réadaptation professionnelle est possible dès maintenant. La personne assurée peut s'habituer à un rythme de travail courant.

Si non, pour quelles raisons ?

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par exemple mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Du point de vue psychiatrique, cette question est sans objet.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence des ces mesures sur la capacité de travail ?

Cette question est sans objet.

3. D'autres activités sont-elle exigibles de la part de l'assuré(e)?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

On doit partir de l'idée que pour toutes les activités professionnelles, il est indispensable que l'assuré ne soit pas exposé à des stimuli extrêmes, comme par exemple la lumière trop forte ou le bruit trop fort, car il présente, en raison de sa problématique algique un niveau de tension élevé.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par exemple heures par jour) ?

Cette question est sans objet.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Cette question est sans objet.

3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

Cette question est sans objet.

Remarques et autres questions :

Nihil ».

Dans un avis médical du 25 octobre 2007, se fondant sur l'expertise psychiatrique du Dr A._____, le SMR a considéré que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré. Il a retenu qu'il était difficile de dater précisément cette amélioration, mais qu'on pouvait sans se tromper affirmer qu'elle était intervenue entre le 18 septembre 2006 (date de la dernière consultation chez le Dr R._____) et le 17 juillet 2007 (date de l'entretien de l'expertise).

Le 7 mars 2008, l'OAI a rendu un projet de suppression de la rente d'invalidité de l'assuré, au motif qu'il ne présentait plus de comorbidité psychiatrique à son trouble somatoforme douloureux et ne

remplissait pas non plus plusieurs des autres critères fondant un pronostic défavorable quant à la reprise d'une activité professionnelle. Son état de santé s'étant dès lors amélioré, on pouvait exiger de lui qu'il travaille à plein temps dans son domaine d'activité.

L'assuré s'est opposé à ce projet de décision les 8 et 21 avril 2008. Il a produit un courrier du 14 avril 2008 de son psychiatre traitant, le Dr R._____, selon lequel le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne correspondait pas à la souffrance de son patient, car un substrat organique était présent sous forme d'hernie discale. Il a également fourni un certificat médical du Dr J._____ attestant qu'il présentait un état anxio-dépressif important avec prédominance de l'état anxieux.

Par décision du 26 novembre 2008, en tous points identique au projet du 7 mars 2008, l'OAI a confirmé la suppression de la rente d'invalidité.

C. Agissant par l'intermédiaire de son conseil, Me Jean-Marie Agier, avocat auprès de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne, G._____ a recouru contre la décision du 26 novembre 2008 par acte du 8 janvier 2009, en concluant à son annulation. Il a fait valoir qu'il n'existait aucun motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), que le traducteur désigné pour l'expertise maîtrisait mal le serbo-croate, ce qui avait conduit à une traduction approximative de ses propos, et que son état de santé ne s'était pas amélioré.

Dans sa réponse du 18 mars 2009, l'OAI a considéré que l'expertise du Dr A._____ remplissait toutes les conditions quant à sa valeur probante et que l'atteinte psychiatrique de l'assuré s'était amendée depuis la décision d'octroi de la demi-rente d'invalidité de manière à influencer ses droits.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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.

b) Aux termes de 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Selon la jurisprudence, 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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Urs Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : Schaffhauser / Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15) (TFA I_8/04 du 12 octobre 2005, consid. 2.1).

3. En l'occurrence, l'expertise du Dr A._____ n'est pas suffisante, contrairement à ce que soutient l'OAI, pour admettre une amélioration de l'état de santé du recourant. En particulier, on ne discerne pas dans cette expertise la notion d'évolution nécessaire à la révision. Il n'y a pas de comparaison de l'état de santé au moment de l'octroi de la rente et au moment de la révision (Kieser, ASTG, 2^{ème} éd., p. 232, n. 17 ad 17 LPGA et la jurisprudence citée; TFA I_574/02 du 25 mars 2003, consid. 2). On ne sait pas si l'avis de l'expert est une appréciation différente. En outre, l'amélioration invoquée n'est pas située dans le temps; c'est le SMR qui conclut que celle-ci est intervenue entre la dernière consultation chez le psychiatre traitant (18 septembre 2006) et l'entretien de l'expertise (17 juillet 2007), toutefois sans la motiver (en fait, on ignore si la date du 18 septembre 2006 mentionnée dans l'avis du SMR du 25 octobre 2007 est réellement la dernière consultation chez le psychiatre; il est certain que c'est la dernière consultation avant le rapport rédigé par le Dr R._____ le 14 décembre 2006, mais on n'en sait pas plus). Vu ce qui précède, force est de constater que les conditions pour une révision, respectivement pour la suppression de la demi-rente d'invalidité, ne sont pas réunies. Il n'est

dès lors pas utile d'examiner les griefs d'ordre formel à l'encontre de l'expertise formulés par le recourant.

Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée.

4. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD). Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA, 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 8 janvier 2009 par G. _____ est admis.
- II.** La décision rendue le 26 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III.** L'intimé versera au recourant la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier, avocat (pour G._____)
- 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).

La greffière :