

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 septembre 2009

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Zbinden et M. Berthoud, assesseurs
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

B._____, à Renens, recourant, représenté par Me C._____, avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-après: OAI), à Vevey, intimé.

Art. 17 al. 1 et 53 al. 2 LPGA; 85 al. 2 et 87 al. 1 RAI

E n f a i t :

A. **a)** B. _____ (ci-après: le recourant), né le 22 avril 1964, est marié et père d'un enfant. Originaire du Portugal, il est en Suisse depuis 1986. Sans formation professionnelle, il a travaillé comme vendeur à la Migros depuis le 1^{er} avril 1991. Le 20 février 2001, il a déposé une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente.

b) Dans un rapport médical du 18 décembre 2002 adressé à l'OAI, le Dr W. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, posait les diagnostics, ayant des répercussions sur la capacité de travail, d'anxiété généralisée de degré moyen à sévère (en rémission partielle à la fin du traitement), phobie sociale et trouble douloureux associé à des facteurs psychogènes et une affection médicale généralisée; il estimait la capacité de travail du recourant à 50%. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, le Dr W. _____ précisait ce qui suit:

"M. B. _____ m'a été adressé le 7.11.2000 par le Dr H. _____. Il présentait lors du premier entretien un trouble anxieux important associé à des plaintes lombaires pour lesquelles il existait une évidente surcharge psychogène. Sous traitement antidépresseur bien conduit l'évolution a été relativement favorable, en tout cas du point de vue anxieux. Une psychothérapie *lege artis* n'a pas pu être mise en route, dont d'ailleurs il n'était pas vraiment demandeur, car rapidement l'assuré semblait peu motivé, voire très réticent à l'idée de reprendre une activité à 50%.

M. B. _____ est un sujet très rigide psychologiquement et narcissiquement fragile. La décompensation actuelle fait suite à une "promotion" professionnelle dans un nouveau poste dont il n'a pas pu, par son intelligence et ses compétences, assumer les responsabilités. Le désaveu ultérieur de la part de son employeur a été narcissiquement très mal vécu, le sujet ne pouvant pas se remettre en question. La maladie apparaît ici comme une porte de sortie honorable, surtout vis-à-vis de son entourage et de son épouse.

Dans les faits, actuellement, M. B. _____ pourrait parfaitement avoir une activité de vendeur non spécialisé à 50% et, seule une décision claire des assurances sociales est susceptible de le motiver dans ce sens. Un reclassement professionnel est contre-indiqué, d'une part car il n'a aucune demande motivée réellement en ce sens et d'autre part, ses limitations intellectuelles et sa personnalité permettent de prédire l'échec et la chronicisation définitive de la situation."

c) L'OAI a confié une expertise rhumatologique et psychosomatique au Dr D._____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie et titulaire d'une attestation de formation complémentaire en médecine psycho-sociale et psychosomatique. Dans son rapport d'expertise pluridisciplinaire du 10 juillet 2003, l'expert posait les diagnostics suivants: lombosciatalgie S1 gauche à faible substratum anatomique (dysbalance musculaire; protrusion discale L5-S1 gauche; troubles statiques modérés); syndrome fibromyalgique fruste dénué de spécificité; tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite; anxiété généralisée de degré moyen à sévère; état dépressif d'intensité moyenne; traits de personnalité évitants. Il estimait que la capacité de travail du recourant dans son activité antérieure de vendeur en informatique s'élevait à 50%. Du rapport de l'expert, il ressort notamment ce qui suit:

"Appréciation médicale

Monsieur B._____ est un vendeur de grande surface âgé de 39 ans qui présente une sciatalgie gauche non déficitaire, devenue chronique au fil du temps attribuée à une hernie discale paramédiane gauche en L5-S1 visualisée sur l'IRM du 20 juillet 2001. Après de nombreux traitements conservateurs initiés dans le Service de Rhumatologie du CHUV restés sans succès, Monsieur B._____ ne pourra jamais être remis au travail à 100%. Concomitamment, cet homme présentera une symptomatologie de la lignée anxieuse nécessitant une prise en charge psychiatrique auprès du Docteur W._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Lausanne. Ce praticien attestera une anxiété généralisée moyenne à sévère se doublant de traits de personnalité évitante. Il sera mis sous un traitement anxiolytique et thymo-analéptique, avec la possibilité de reprendre son travail à temps partiel, vu les risques d'invalidité encourus dans le cas présent.

Lors de la présente expertise, l'examineur fait face à un ressortissant portugais de 39 ans, se plaignant sans discontinuer d'une lombosciatalgie gauche de territoire métamérique S1, intense subjectivement et de caractère mécanique. De plus, il affirme éprouver une symptomatologie douloureuse de l'épaule droite, de type inflammatoire mais présente également dans les mouvements d'abduction. Il avance également des gonalgies bilatérales ainsi que des douleurs cervicales dont les caractéristiques cliniques sont décrites en détails dans la partie "status" de la présente expertise.

Durant son examen clinique, l'expert a fait face à un assuré en bon état général, avec un rachis dorso-lombaire dénué de contractures pathologiques des spinaux. La mobilité de ce dernier s'avérait

normale hormis dans le plan antéro-postérieur ou manifestement, Monsieur B. _____ ne donnait pas toute sa mesure.

Il n'existait pas, dans le cas présent, des signes d'irritation radiculaire (manoeuvres de Lasègue et de Bragard négatives). Quant à l'examen neurologique, ce dernier était caractérisé par des lâchages grossiers lors du testing musculaire, d'origine non-organique certains ainsi qu'une hypoesthésie globale du membre inférieur gauche, constellation nosographique qui ne se rencontre habituellement pas dans les syndromes radiculaires classiques. De même, les signes de Waddell, témoins d'une non-organicité dans les lombalgies (réf. 1) étaient tous positifs chez lui, dans une proportion de 5/5, permettant d'attester la présence d'un syndrome d'exagération symptomatique.

L'épaule droite de Monsieur B. _____, présentait elle, les signes cliniques d'une tendinopathie du sus-épineux, pathologie aisément curable habituellement par une simple infiltration de corticostéroïde effectuée par voie sous-acromiale externe. Quant au genou de l'assuré, l'examen objectif pouvait être considéré comme dans les limites de la norme.

Sur le plan psychologique maintenant, il semble patent que Monsieur B. _____ apparaît comme un homme anxieux, inquiet du futur, sans cesse sur le qui-vive et de plus préoccupé par ses sensations cénesthésiques. Son syndrome d'anxiété généralisée apparaît cependant aujourd'hui relativement compensé et compatible avec la reprise d'une activité professionnelle partielle, telle que l'a attesté le Docteur W. _____ dans son courrier daté du 18 décembre 2002 et destiné à l'Office de l'Assurance Invalidité pour le Canton de Vaud.

Conclusions assécurologiques

A la lumière des éléments cliniques, radiologiques et de son évaluation psychologique, l'expert atteste que Monsieur B. _____ présente actuellement une atteinte à la santé sous la forme d'une lombosciatalgie gauche dont les caractéristiques anamnestiques présentent une discordance manifeste avec la bénignité du status objectif. De nombreux signes de non-organicité plaident d'ailleurs dans ce sens. Par contre, le facteur limitant à une reprise en plein de ses activités professionnelles en tant que vendeur en informatique est constitué avant tout par son syndrome d'anxiété généralisée ayant valeur de maladie, mais de manière partielle toutefois.

Pourtant, l'expert est convaincu qu'une invalidation totale majorerait encore son retrait social et sa dépression, c'est pourquoi il estime qu'une reprise partielle de l'activité professionnelle de cet homme pourrait stimuler ses ressources personnelles ainsi que ses facultés de résilience."

d) Par décision du 4 février 2004, l'OAI a alloué une demi-rente au recourant. Dans la motivation du 13 novembre 2003, il a considéré qu'à l'échéance du délai de carence, soit le 22 février 2001, le recourant disposait d'une capacité de travail raisonnablement exigible de 50% dans

son activité de vendeur, comme dans une activité adaptée; dès lors, le degré d'invalidité se montait à 50%. Cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 18 octobre 2004, entrée en force, qui exposait notamment ce qui suit:

"Le Dr D. _____ s'est prononcé en pleine connaissance du dossier et de l'anamnèse. Il a pris en considération les plaintes exprimées. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et motivées. Ses conclusions vont d'ailleurs dans le même sens que celles du Dr W. _____.

L'expertise du Dr D. _____, à l'instar du rapport du Dr W. _____, remplit les critères jurisprudentiels exposés ci-avant pour que pleine valeur probante leur soient reconnue. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de leurs conclusions, ni de compléter le dossier en procédant à une nouvelle expertise."

B. **a)** Dans le cadre d'une révision d'office de la rente initiée le 1^{er} novembre 2005, l'OAI a demandé un rapport médical au médecin traitant, la Dresse N. _____. Dans un rapport médical du 23 janvier 2006, cette praticienne pose notamment, sur le plan psychique, le diagnostic d'état anxio-dépressif avec manifestation psychosomatique et fait état d'une incapacité de travail de 100% depuis le 13 août 2001 et d'une aggravation de l'état de santé. Un examen clinique rhumato-psychiatrique a eu lieu au SMR (Dr F. _____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie; Dr G. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie). Du rapport du 17 août 2007, il ressort notamment ce qui suit:

"Status psychiatrique

La présentation, le contact et la collaboration de l'assuré sont bons, la cognition semble dans la norme, l'orientation aux trois modes est bonne; l'examen ne retrouve pas de troubles de la mémoire ni ralentissement psychomoteur, ni agitation. Le discours est cohérent, on ne retrouve pas de troubles du cours de la pensée et du contenu de la pensée, l'assuré partage le focus d'attention.

Pour ce qui concerne les troubles des séries dépressives, on est d'emblée frappé par la mimique triste et tendue de l'assurée, qui semble soucieux et en proie à des préoccupations existentielles importantes. Il décrit pour sa part un moral bas, une irritabilité, un sentiment d'inutilité, alliés à une difficulté de concentration et d'attention. Le discours est centré sur les douleurs et fait état essentiellement d'anxiété, nervosisme, irritabilité, témoignant d'un sentiment d'incompétence. On ne retrouve pas de ruminations existentielles ou d'idées noires ni de tentation de suicide. Il n'y a pas

non plus de perte d'estime de soi. L'appétit semble diminué mais l'assuré précise y être attentif de façon à ne pas perdre de poids, le sommeil est perturbé avec réveils fréquents, la libido est diminuée.

Pour ce qui concerne les troubles des séries anxieuses, le tableau est essentiellement fait d'anxiété permanente, liée à un sentiment d'impuissance et d'incompétence. L'intensité de ce tableau est suffisamment modérée pour que le diagnostic d'anxiété généralisée ne puisse pas être retenu. Les critères CIM-10 de troubles de personnalité ne sont pas retrouvés, tout au plus peut-on envisager dans le tableau le souci présenté par l'assuré, le fait qu'il éprouve un sentiment envahissant de tension, une perception de soi comme incompetent, une restriction de style de vie résultant d'un besoin de sécurité. Ces éléments relèvent plutôt de traits de personnalité et ne constituent pas un trouble avéré.

(...)

Diagnostic

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- rachialgies diffuses avec surtout lombosciatalgies S1 G dans le cadre de troubles statiques modérés du rachis et d'une hernie discale L5-S1. M 54.
- PSH D. M 75.
- syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'un status après arthroscopie des deux genoux. M 22.2.
- sur le plan psychiatrique, aucun.

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- trouble anxieux et dépressif mixte. F 41.2.

Appréciation consensuelle du cas

Au plan somatique, l'assuré se plaint surtout de lombosciatalgies postérieures G. Il signale également des cervicalgies avec vertiges, des douleurs de l'épaule D et des gonalgies bilatérales. Ces douleurs ont un caractère essentiellement mécanique. Au status, on note des troubles modérés de la statique rachidienne, bien qu'en début d'examen, l'assuré se tienne de manière ostentatoire en position penchée sur la G, position qui peut, par la suite, être facilement corrigée. La mobilité lombaire et cervicale est très diminuée, mais l'on note la présence de signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, à la rotation du tronc les ceintures bloquées, d'une discordance entre la DDS et doigts-orteils et d'une importante démonstrativité de l'assuré, ce dernier gémissant à la mobilisation du rachis lombaire, des hanches, des épaules et des genoux, en se plaignant du déclenchement de lombalgies. La mobilisation des articulations périphériques est bien conservée, seule la DPC7 est supérieure à D, par rapport à la G. Les épreuves de PSH sont également douloureuses à l'épaule D. Il existe par ailleurs un syndrome rotulien bilatéral. Par contre, il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Le status neurologique est sp. Par ailleurs, on ne peut pas poser le diagnostic de fibromyalgie, l'assuré ne présentant des douleurs qu'à la

palpation de 4 points typiques de la fibromyalgie sur 18. Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence une hernie discale L5-S1 G avec des altérations dégénératives de type MODIC II au niveau des plateaux vertébraux adjacents.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, la capacité de travail est nulle dans l'activité de vendeur de TV à la Migros, ce travail impliquant le lever de charges et des positions debout prolongées. Nous nous rapprochons ainsi de l'évaluation faite par le médecin-traitant, la Dresse N._____. Par contre, malgré la présence de signes de non organicité selon Waddell, nous nous éloignons de l'appréciation du Dr D._____ faite dans son expertise du 10.07.2003 en raison principalement de la présence de modifications de type MODIC II au niveau des plateaux vertébraux adjacents à la hernie discale L5-S1 G, ce qui signe une atteinte significative. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles ostéoarticulaires sous-mentionnées, la capacité de travail a toujours été complète.

Sur le plan psychiatrique, assuré de 43 ans au bénéfice d'une demi-rente depuis 2001. L'examen bidisciplinaire est demandé dans le cadre de la révision, afin de déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

Notre examen clinique psychiatrique au SMR met en évidence un trouble anxieux et dépressif mixte, l'assuré présentant des symptômes anxieux et dépressifs sans que l'intensité des uns et des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Les symptômes anxieux comprennent une peur du lendemain, une irritabilité, une anxiété diffuse avec tremblements et périodes de sudation, des symptômes dépressifs en rapport avec un abaissement du moral, une irritabilité, des troubles de concentration et d'attention, un sentiment d'incompétence. En dehors de ce tableau, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signes de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Les conclusions de notre examen psychiatrique s'éloignent des diagnostics retenus lors de l'octroi de la rente, en effet il est à noter:

- Que l'expertise du Dr D._____ avance comme diagnostic une anxiété généralisée (page 14) mais cependant, au status, aucun critère CIM-10 d'anxiété généralisée n'est précisé (par exemple absence de signe neurovégétatifs ainsi qu'absence de fréquence de la symptomatologie)
- De plus, outre le fait que ce tableau d'anxiété généralisée n'est pas étayé, l'expert précise en page 15 « son syndrome d'anxiété généralisée apparaît cependant aujourd'hui relativement compensé et compatible avec le reprise d'une activité professionnelle partielle »

- Enfin le rapport médical du Dr W._____ retient lui aussi le diagnostic d'anxiété généralisée sans préciser, non plus, l'existence des critères CIM-10 de cette affection.

L'examen ne met donc pas en évidence une maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

(...)

Concernant la capacité de travail exigible, sur la base des constatations rhumatologiques effectuées lors de l'examen SMR suisse romande du 11.07.2007, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle de vendeur de TV, alors qu'elle est complète dans une activité adaptées aux limitations fonctionnelles susmentionnées.

Sur le plan psychiatrique: capacité exigible dans l'activité habituelle 100%, dans une activité adaptée 100%, depuis toujours."

b) Dans un avis médical SMR du 6 mai 2008, la Dresse K._____ indique, à la demande de la juriste de l'OAI, que l'on ne peut pas sur le plan médical parler d'amélioration de l'état de santé, celui-ci étant inchangé; il s'agit de diagnostics différents, comme le confirme le Dr G._____ en p. 7 du rapport d'examen bidisciplinaire SMR du 17 août 2007, qui estime les diagnostics posés au moment de l'octroi de la rente ne sont pas remplis.

Sur la base de cet avis médical SMR du 6 mai 2008, il a été considéré dans un avis juriste du 30 mai 2008 que les divergences entre l'expertise du Dr D._____ et l'examen du SMR portaient sur le diagnostic, soit sur la nature même des affections, et non sur une appréciation différente de la situation; dans la mesure où la précédente décision reposait sur l'expertise du Dr D._____, elle était manifestement erronée et pouvait donc faire l'objet d'une reconsidération.

c) Le 1^{er} septembre 2008, l'OAI a communiqué au recourant un projet de décision supprimant la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de cette décision (cf. art. 88bis al. 2 let. a RAI).

d) Le 12 janvier 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 1^{er} septembre 2008. Citant aussi bien les dispositions relatives à la révision (art. 88a al. 1 RAI) que celle relatives à la reconsidération des décisions (art. 53 al. 2 LPGA), l'OAI a rappelé la jurisprudence selon laquelle, lorsque les divergences portent entre deux rapports d'expertise sur la nature même des affections et non sur l'appréciation des conséquences de ces troubles sur la capacité de travail du recourant, les conditions de la reconsidération - en particulier l'inexactitude manifeste - peuvent être remplies. En l'espèce, le recourant bénéficiait d'une demi-rente principalement pour des raisons psychiques. En effet, dans le cadre d'une expertise multidisciplinaire du 10 juillet 2003, le Dr D._____ avait retenu le diagnostic d'anxiété généralisée qui limitait la capacité de travail à 50 % dans toutes les activités. L'instruction du dossier du recourant avait été reprise suite à sa demande de révision en raison d'une aggravation de son état de santé. Il avait été procédé dans ce cadre à une expertise rhumato-psychiatrique auprès du SMR, à Vevey, les 11 juillet et 3 août 2007; il ressortait de cette expertise que sur le plan psychique, la capacité de travail était entière depuis toujours. L'OAI avait donc calculé le préjudice économique en comparant le salaire que le recourant aurait pu réaliser sans atteinte à la santé dans son activité habituelle et celui dans une activité adaptée, respectant ses limitations fonctionnelles, lesquelles étaient compatibles avec des activités industrielles légères ne nécessitant pas de qualifications particulières. La comparaison des revenus annuels sans invalidité (57'646 fr. 50) et avec invalidité (52'047 fr. 74) en 2005 aboutissait à une perte de gain de 5'571 fr. 76 et donc à un degré d'invalidité de 9,66 %. La comparaison des revenus annuels sans invalidité (60'441 fr. 50) et avec invalidité (55'250 fr. 50) en 2008 aboutissait à une perte de gain de 5'191 fr. et donc à un degré d'invalidité de 8,58%. Etant donné que le recourant ne présentait actuellement plus d'invalidité - le préjudice économique étant inférieur à 40% -, le droit à la rente s'éteignait.

e) Dans une lettre d'accompagnement également datée du 12 janvier 2009, l'OAI précise ce qui suit:

"Une demi-rente d'invalidité vous a été octroyée sur la base de l'expertise du Dr D._____ qui concluait à une anxiété généralisée qui, selon ce médecin, justifiait une incapacité de travail de 50% dans toute activité.

Dans le cadre d'une révision, vous avez fait valoir une aggravation de votre état de santé. Le Service médical régional a estimé qu'un examen rhumato-psychiatrique était nécessaire pour connaître l'évolution de votre état de santé.

Il ressort de cet examen que vous ne présentez pas de troubles psychiatriques invalidants et que vous n'en avez jamais présenté. Seul doit être retenu un trouble anxieux et dépressif mixte qui n'est pas de nature à diminuer votre capacité de travail. Le Service médical régional estime donc que les critères pour poser le diagnostic d'anxiété généralisée n'étaient pas remplis lors de l'expertise du Dr D._____ et que ce diagnostic n'était pas étayé. Le fait de suivre les conclusions du Dr D._____ a donc débouché sur une décision manifestement erronée.

Pour rappel, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, il est admis que lorsque les divergences, portent entre deux rapports d'expertise, sur la nature même des affections et non sur l'appréciation des conséquences de ses troubles sur la capacité de travail de l'assuré, les conditions de la reconsidération - en particulier l'inexactitude manifeste - peuvent être remplies, et tel est le cas en l'espèce.

Pour finir, il convient de mentionner que vos limitations fonctionnelles somatiques permettent l'exercice d'activités industrielles légères ne nécessitant pas de qualifications particulières. Notre service de placement peut vous apporter un soutien dans la recherche d'un emploi adapté. Il vous convoquera prochainement à cet effet."

C. a) B._____ recourt contre cette décision par acte du 10 février 2009. Il fait valoir qu'il n'a pas sollicité un examen de son dossier pour une éventuelle aggravation, mais que l'OAI a procédé de sa propre initiative à un réexamen. En 2003, c'est sur la base d'une expertise pluridisciplinaire faite par le Dr D._____ que la demi-rente lui avait été octroyée, et la situation ne s'est pas améliorée depuis. L'OAI n'a procédé à aucune investigation pluridisciplinaire et n'a pas demandé un avis aux médecins traitants du recourant. Les médecins du SMR ont simplement décrété que le diagnostic de l'époque du Dr D._____ n'était pas adéquat et qu'il fallait en changer. Or il aurait au moins fallu, pour changer le diagnostic, procéder à un examen de même niveau que celui qui a été pratiqué en 2003. Le recourant conclut principalement à l'annulation de la décision attaquée parce que les conditions d'une révision respectivement

d'une reconsidération ne sont pas réunies, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'OAI en l'invitant à rendre une nouvelle décision après mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, et plus subsidiairement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que la demi-rente est maintenue. A titre de mesures d'instruction, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire examinant si aujourd'hui les conditions d'octroi d'une rente AI sont réunies. Il sollicite en outre d'être entendu et de pouvoir également faire entendre des témoins.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 500 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 14 mai 2009, l'OAI déclare n'avoir rien à ajouter à la décision attaquée ainsi qu'à sa lettre d'accompagnement du 12 janvier 2009, qu'il ne peut que confirmer. Il propose dès lors le rejet du recours.

c) Par réplique du 17 juin 2009, le recourant fait valoir que si l'on se réfère au seul examen clinique rhumato-psychiatrique par le SMR des 11 juillet et 3 août 2007 (rapport du 17 août 2007), son incapacité de travail est totale, encore aujourd'hui, dans son activité habituelle de vendeur de télévisions. Or la décision attaquée n'explicite pas quelle est l'activité professionnelle qui serait à la portée du recourant et qui pourrait être exercée à temps complet; une analyse circonstanciée aurait été nécessaire. En outre, l'examen clinique par le SMR ne pourrait pas l'emporter sur les diagnostics posés à l'époque par le Dr D._____ et par le Dr W._____. Il appartiendrait à l'OAI de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire en bonne et due forme, qui devrait répondre au moins à la question de savoir si et dans quelle mesure l'atteinte psychique dont souffre le recourant affecte sa capacité de travail dans une activité adaptée. Afin que l'expert puisse répondre de manière probante à la question de l'influence de l'atteinte à la santé sur une activité adaptée, il faudrait définir dans un premier temps quelle activité le recourant pourrait

être apte à exercer. La décision attaquée étant totalement lacunaire, elle devrait être purement et simplement annulée.

d) Dans sa duplique du 5 août 2009, l'OAI expose que le fait que le revenu d'invalidé déterminé en l'espèce repose sur le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des activités simples et répétitives du secteur privé, toutes branches économiques confondues, ne permet pas de conclure que la situation effective du recourant n'a pas été convenablement instruite; bien au contraire, dans la mesure où le montant retenu comme revenu d'invalidé représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, force serait d'admettre que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations physiques éprouvées par le recourant, conformes aux aptitudes de celui-ci. Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on devrait également convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et permettent l'alternance des positions et sont donc adaptées au handicap du recourant.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1^{er} LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, est recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'intimé était fondé à revoir sa décision sur opposition du 18 octobre 2004 - entrée en force et par laquelle il avait confirmé sa décision du 4 février 2004 allouant une demi-rente au recourant - et à prononcer la suppression de cette demi-rente par le biais d'une décision de révision respectivement de reconsidération.

3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (qui reprend l'ancien art. 41 LAI, abrogé lors de l'entrée en vigueur de la LPGA), lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87

al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545, consid. 6.1; 130 V 343, consid. 3.5; 113 V 273, consid. 1a; voir également ATF 112 V 371, consid. 2b, et 387, consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA, I 491/03 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 *in fine* et les références). Il en va de même d'une modification peu importante des données statistiques de caractère général (ATF 133 V 545). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545, consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108, consid. 5; 130 V 343, consid. 3.5.2; 125 V 368, consid. 2, et la référence citée).

b) Si les conditions de l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut encore être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées (ATF 125 V 368, consid. 2; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009, consid. 2.2).

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 justifier une reconsidération (ATF 117 V 8, consid. 2c; 115 V 308, consid. 4a/cc).

Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération 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 ou 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_527/2008 du 29 juin 2009, consid. 2.2; TF 9C_71/2008 du 14 mars 2008, consid. 2; TF 9C_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2; TFA, I 907/06 du 7 mai 2007, consid. 3.2.1; TFA, I 338/06 du 30 janvier 2007, consid. 3; SVR 2009 UV n° 6 p. 21, U 5/07 consid. 5.3.1).

Selon la jurisprudence, une simple divergence d'appréciation entre deux experts qui s'expriment successivement sur le cas d'un assuré ne suffit pas pour faire apparaître une décision prise par l'administration comme entachée d'une inexactitude manifeste, propre à entraîner une reconsidération (RAMA 1998 n° K 990 p. 251, consid. 3b; TFA, I 123/00 du 23 octobre 2000, consid. 2c). Il en va en revanche différemment lorsque les divergences entre les deux rapports d'expertise portent sur la nature

même des affections et non sur l'appréciation des conséquences de ces troubles sur la capacité de travail de l'assuré (TFA, I 123/00 du 23 octobre 2000, consid. 2c).

c) En principe, l'adaptation des prestations d'assurances sociales a lieu avec effet rétroactif (*ex tunc*). L'assurance-invalidité connaît une réglementation différente lorsque la modification de la prestation a lieu en raison de questions spécifiques au droit de l'assurance-invalidité (ATF 119 V 431, consid. 2; 110 V 10, consid. 2a; TFA, I 528/06 du 3 août 2007, consid. 7.2). Dans ces cas, la modification de la prestation d'assurance intervient en principe avec effet *ex nunc* et *pro futuro* (art. 85 al. 2 RAI), sauf en cas de violation de l'obligation de renseigner (art. 77 RAI); dans ce dernier cas, la modification de la prestation d'assurance a lieu avec effet rétroactif (art. 85 al. 2 et 88bis al. 2 let. b RAI); sinon, tant dans de cadre d'une reconsidération que dans celui 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, conformément à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI (TFA, I 528/06 du 3 août 2007, consid. 7.2).

4. a) En l'espèce, il est constant que la décision du 4 février 2004 par laquelle l'OAI a alloué au recourant une demi-rente d'invalidité, dès le 22 février 2001, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%, de même que la décision sur opposition du 18 octobre 2004 confirmant cette décision, étaient fondées sur les constatations concordantes du Dr W._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (rapport médical du 18 décembre 2002; cf. lettre A.b supra), et du Dr D._____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie et titulaire d'une attestation de formation complémentaire en médecine psycho-sociale et psychosomatique (rapport d'expertise pluridisciplinaire du 10 juillet 2003; cf. lettre A.c supra), selon lesquelles la capacité de travail du recourant dans son activité antérieure de vendeur en informatique s'élevait à 50% pour des motifs psychiques. La décision du 12 janvier 2009, par laquelle l'OAI a supprimé la demi-rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de cette décision, repose quant à

elle sur le rapport d'examen clinique SMR rhumato-psychiatrique du 17 août 2007, dans lequel le Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, diagnostiquant un trouble anxieux et dépressif mixte sans caractère invalidant, estime que sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée est totale, et ce depuis toujours (cf. lettre B.a supra).

Il ne ressort pas du rapport d'examen clinique SMR rhumato-psychiatrique du 17 août 2007 que l'état de santé psychique du recourant se serait amélioré depuis l'octroi de la demi-rente en 2004, puisque le Dr G._____, s'écartant des conclusions auxquelles étaient parvenus le Dr W._____ en décembre 2002 et le Dr D._____ en juillet 2003, expose que la capacité de travail du recourant était déjà entière à l'époque et n'a ainsi pas varié. D'ailleurs, dans son avis médical SMR du 6 mai 2008, la Dresse K._____ indique bien que l'on ne peut pas sur le plan médical parler d'amélioration de l'état de santé, celui-ci étant inchangé (cf. lettre B.b supra). Les conditions d'une révision du droit à la rente (cf. consid. 3a supra) ne sont dès lors manifestement pas remplies. Au demeurant, l'OAI ne paraît pas soutenir qu'elles le seraient, puisque, bien que soient citées dans la décision attaquée aussi bien les dispositions relatives à la révision que celles relatives à la reconsidération, c'est manifestement cette seconde hypothèse qui a été tenue pour réalisée en l'espèce, ce qu'il convient d'examiner ci-après.

b) Comme on l'a vu (cf. consid. 3b supra), la loi exige, pour des motifs de sécurité juridique, que l'irrégularité soit manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée; une simple divergence d'appréciation entre deux experts qui s'expriment successivement sur le cas d'un assuré ne suffit pas pour faire apparaître une décision prise par l'administration comme entachée d'une inexactitude manifeste, propre à entraîner une reconsidération.

En l'espèce, la décision initiale d'octroi d'une demi-rente reposait sur les conclusions concordantes de deux spécialistes, dont l'un, le Dr D._____, avait été mandaté par l'OAI pour une expertise pluridisciplinaire, selon lesquelles la capacité de travail du recourant était limitée, sur le plan psychiatrique, à 50%. Si les diagnostics posés sur ce plan par ces deux spécialistes n'étaient pas formulés de manière strictement identique - puisque le Dr W._____ posait les diagnostics d'anxiété généralisée de degré moyen à sévère (en rémission partielle à la fin du traitement), phobie sociale et trouble douloureux associé à des facteurs psychogènes et une affection médicale généralisée, tandis que le Dr D._____ posait les diagnostics d'anxiété généralisée de degré moyen à sévère, état dépressif d'intensité moyenne et traits de personnalité évitants - et ne se référaient pas à la nomenclature de la CIM-10, ils se recoupaient toutefois largement et l'influence des troubles constatés sur la capacité de travail du recourant était estimée de manière concordante à 50%. En outre, l'expertise du Dr D._____ était complète et cohérente. Ses conclusions étaient étayées et crédibles. Dès lors, aucun élément ne permettait de lui reconnaître *a posteriori* un caractère erroné.

Par ailleurs, le rapport d'examen du SMR du 10 novembre 2003 (établi par la Dresse S._____) a strictement relevé les mêmes diagnostics, mais a qualifié l'intensité des troubles comme moindre; le diagnostic principal demeurait cependant l'anxiété généralisée (F 41.1 de la CIM-10).

Au surplus, l'autorité intimée a elle-même considéré que les rapports des Drs D._____ et W._____ devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante, puisque dans sa décision sur opposition du 18 octobre 2004, laquelle s'est basée sur le rapport d'examen du SMR du 10 novembre 2003, elle exposait ce qui suit (cf. lettre A.d supra):

"Le Dr D._____ s'est prononcé en pleine connaissance du dossier et de l'anamnèse, Il a pris en considération les plaintes exprimées. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et motivées. Ses conclusions vont d'ailleurs dans le même sens que celles du Dr W._____.

L'expertise du Dr D._____, à l'instar du rapport du Dr W._____, remplit les critères jurisprudentiels exposés ci-avant pour que pleine valeur probante leur soient reconnue. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de leurs conclusions, ni de compléter le dossier en procédant à une nouvelle expertise."

Dans ces conditions, on ne saurait considérer que la décision d'octroi d'une demi-rente reposait sur une constatation manifestement erronée des faits pertinents, qui justifierait une reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. En effet, cette décision était fondée sur deux rapports médicaux convergents aux conclusions concordantes, qui répondaient aux exigences en matière de preuve et au vu desquels il n'était en tout cas pas manifestement erroné d'accorder une demi-rente au recourant.

c) Il sied encore de relever qu'on ne saurait soutenir, comme le fait l'OAI, que les divergences entre les rapports médicaux sur lesquels était fondée la décision initiale d'octroi d'une demi-rente et le rapport médical invoqué pour justifier la reconsidération de cette décision porteraient à proprement parler sur la nature même des affections plutôt que sur l'appréciation des conséquences de ces troubles sur la capacité de travail du recourant. En effet, dans le rapport d'examen clinique SMR du 17 août 2007, le Dr G._____ relève que le recourant présente des troubles des séries dépressives, dont il décrit les symptômes, ainsi que des troubles des séries anxieuses, dont il décrit également les symptômes en estimant toutefois que l'intensité du tableau est suffisamment modérée pour que le diagnostic d'anxiété généralisée ne puisse pas être retenu; il retient ainsi un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), au motif que le recourant présente des symptômes anxieux et dépressifs sans que l'intensité des uns et des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé; sur cette base, il conclut que l'examen ne met pas en évidence une maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée (cf. lettre B.a supra). Il convient de constater que les diagnostics révélés par les avis des Drs D._____, W._____ et G._____ sont strictement identiques. Il s'avère ainsi que les divergences entre les avis des Drs D._____ et W._____ d'une part et celui du Dr G._____ d'autre part (lequel a été émis plus de quatre ans plus tard) portent uniquement sur l'intensité des troubles anxieux et

dépressifs dont souffre le recourant et donc sur l'appréciation des conséquences de ces troubles sur la capacité de travail de ce dernier. Or comme on l'a vu (cf. consid. 3b supra), cette divergence d'appréciation entre des avis émis à plus de quatre ans d'intervalle ne suffit pas pour faire apparaître la décision initiale d'octroi d'une demi-rente comme entachée d'une inexactitude manifeste, propre à entraîner une reconsidération.

d) En conséquence, c'est à tort que l'autorité intimée a prononcé la suppression de la demi-rente du recourant, dans la mesure où il n'existait aucun motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA ni de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.

e) La cour de céans étant en mesure de statuer sur la base du dossier dans le sens de l'admission des conclusions principales du recourant, il n'y a pas lieu d'ordonner les mesures d'instruction que celui-ci a sollicitées à titre subsidiaire (cf. lettre C.a supra).

5. a) En définitive, il y a lieu d'admettre le recours et d'annuler la décision attaquée, ce qui entraîne le maintien de la demi-rente d'invalidité.

b) 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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, le recourant obtient gain de cause et n'aura donc pas à supporter de frais judiciaires. Ceux-ci ne peuvent pas non plus être mis à la charge de l'OAI; en effet, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat, ni donc de l'OAI en tant qu'organisme chargé de tâches d'intérêt public. L'OAI versera en revanche au recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD), qu'il

convient, en application de l'art. 7 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008 (RSV 173.36.5.2), de fixer équitablement à 1'500 fr.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision attaquée est annulée, le droit à la demi-rente étant maintenu.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. L'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- Me C. _____ (pour B. _____),
- 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: