

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 février 2011

---

Présidence de M JOMINI  
Juges : MM. Gutmann et Monod, assesseurs  
Greffière : Mme Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à Corsier-sur-Vevey, recourant, représenté par Me Nicolas Saviaux, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI; 17 LPGA**

## **E n f a i t :**

**A. a)** T.\_\_\_\_\_, né en 1971, marié et père de deux enfants, nés en 2000 et 2004, travaillait en qualité d'aide aux travaux viti-vinicoles (cave et vigne) auprès de l'entreprise [...] à [...] depuis le 1<sup>er</sup> décembre 1997), lorsqu'il a présenté des douleurs au niveau du dos suite à un port de charge important sur son lieu de travail, engendrant un arrêt de travail dès le 22 janvier 1999. Son cas a été pris en charge par la Q.\_\_\_\_\_, assureur perte de gain de l'employeur. Il a finalement été licencié avec effet au 31 août 1999.

L'assuré a déposé le 10 septembre 1999 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une maladie du dos. Dans un rapport médical du 2 octobre 1999, le Dr A.W.\_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de syndrome lombo-vertébral hyperalgique et a attesté une incapacité de travail à 100 % dès le 22 janvier 1999 pour une durée indéterminée, en s'appuyant sur deux documents médicaux. Ainsi, dans un avis de sortie du 22 février 1999, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin associé au service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du [...], a posé les diagnostics de syndrome lombo-vertébral hyperalgique et d'état anxieux sévère. Il a indiqué que l'assuré avait séjourné dans son service du 10 au 19 février 1999 pour une prise en charge physiothérapeutique et ergothérapeutique intensive, en précisant ce qui suit :

"Il s'agit d'un patient d'origine portugaise, vivant en Suisse depuis 1994, exerçant une activité d'employé de maison dans un domaine viticole, marié, sans enfant, en bonne santé habituelle, qui ressent brutalement à la suite d'un port de charge sur son lieu de travail une importante douleur inférieure, ne cédant plus depuis 1 mois. Plusieurs épisodes similaires se sont déjà produits par le passé et se sont résolus spontanément sans traitement particulier. Les douleurs touchent le segment lombaire inférieur, irradiant le long du versant latéral et postérieur de la cuisse gauche, empêchant la position assise au-delà d'une demi-heure. La position debout immobile est très rapidement intolérable. La qualité du sommeil est fortement perturbée en raison de

l'impossibilité de trouver une posture antalgique et la prise médicamenteuse et d'AINS, puis de Millicortène, n'a guère modifié le présent cortège douloureux.

Sur le plan radiologique, un CT-scan lombaire n'a pas mis en évidence de souffrance disco-vertébrale".

Finalement, le Dr M.\_\_\_\_\_ a demandé l'avis du Dr S.\_\_\_\_\_, médecin associé au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, unité du rachis, qui dans un rapport du 27 août 1999, a posé les diagnostics de lombalgies chroniques persistantes sous forme de troubles statiques et discrètement dégénératifs banals et de dysbalances musculaires étagées probables. Il a également mis en évidence un syndrome d'amplification de la douleur dans un vraisemblable contexte d'état dépressivo-anxieux important. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a ainsi précisé que le status avait été rendu impossible par le comportement du patient, lequel découlait d'une problématique psychiatrique qui méritait d'être explorée, mais dans un contexte assécurologique uniquement, cette exploration n'étant pas justifiée sur le plan thérapeutique. Il a enfin exclu toute intervention tant sur le plan médical que chirurgical.

Suite à la demande de l'OAI du 13 janvier 2000 relative à la capacité de travail théorique de l'assuré sur le plan somatique, c'est-à-dire ostéo-articulaire, le Dr S.\_\_\_\_\_ a précisé, dans un rapport médical du 21 janvier 2000, qu'il n'avait pas été en mesure de se prononcer ni sur le taux exigible de travail, ni sur la réalité ou non d'une atteinte somatique, l'examen clinique ayant totalement été parasité par des contractions musculaires et des mécanismes de défense ne permettant pas de les mobiliser. En outre, les examens complémentaires semblaient exclure une pathologie somatique significative, mais ils ne pouvaient le faire totalement. Il a enfin estimé que seule une approche psychiatrique au long cours pourrait éventuellement éclaircir le tableau somatique et qu'une expertise détaillée était indispensable.

Au vu de ces éléments, l'OAI a mandaté le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise. Dans son rapport du 14 juillet 2000, le Dr F.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'épisode dépressif majeur d'intensité moyenne, épisode

unique, de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique sévère, de traits dépendants et passif-agressif, de lombalgies aspécifiques et de difficultés conjugales, attestant ainsi une incapacité de travail de 70 %. S'agissant de la psychogenèse des troubles présentés par l'assuré, le Dr F. \_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit :

"Nous pouvons constater que l'assuré n'a jamais présenté d'antécédents de trouble psychiatrique bien particulier. Tout au plus, nous observons qu'il a tendance à réagir face au stress par des somatisations, ce qui a été relevé par son médecin traitant, le Dr B. \_\_\_\_\_. M. T. \_\_\_\_\_ dispose de peu de capacité d'insight et a des difficultés à faire des liens entre des événements stressants et ses manifestations psycho-somatiques. Il est dès lors bien difficile d'échafauder une hypothèse psychogénétique avec certitude. Nous relevons toutefois que les troubles douloureux sont survenus peu de temps après l'arrivée en Suisse de son épouse. Celle-ci, comme l'a d'ailleurs relevé fort justement le Dr S. \_\_\_\_\_ présente une très forte personnalité, elle est envahissante, contrôlante et nous avons observé à quel point M. T. \_\_\_\_\_ est régressé et passif quand il se trouve en sa présence. Quand celle-ci était absente, ses capacités de verbalisation, d'expression et de compréhension du français étaient bien meilleures qu'allégué par lui-même et surtout par son épouse !

Nous pouvons donc formuler l'hypothèse que le trouble psycho-somatique actuel trouve son origine dans une problématique conjugale importante. Il apparaît que l'assuré a certainement des difficultés à trouver sa place de "mari" et de "père" avec une femme dominante et contrôlante. L'agressivité, les frustrations ne pouvant pas être élaborées, elles trouvent leur aboutissement à travers une expression psychosomatique. Ultérieurement, l'attitude de l'épouse qui a tendance à favoriser les comportements régressifs de l'assuré joue certainement un rôle de chronification. Dans ce contexte, le tableau d'amplification de la douleur mentionné par le Dr S. \_\_\_\_\_ ne peut pas être qualifié de volontaire, mais au contraire, il s'agit ici typiquement d'une manifestation non consciente".

En date du 19 septembre 2000, le Dr F. \_\_\_\_\_ a fourni un complément d'informations à son rapport d'expertise. Il a ainsi considéré qu'à lui seul, l'épisode dépressif, d'intensité légère à moyenne, ne devrait pas diminuer la capacité de travail de l'intéressé de plus de 40 % au maximum. L'affection générale faisait référence aux troubles somatiques qui étaient mineurs chez l'assuré et elle était chronique, car sa durée était

de 6 mois ou plus. L'élément majeur consistait en des facteurs psychologiques (stress affectif, soit l'équivalent d'un trouble de conversion, soit une situation de stress qu'il n'arrive pas à surmonter). L'expert a ajouté que le problème conjugal semblait être l'élément majeur à l'origine des troubles présentés par l'assuré. Il a enfin estimé que la capacité de travail de l'assuré ne pourrait être augmentée au prix d'un effort raisonnablement exigible de sa part. En effet, l'intéressé présentait tout de même un état dépressif d'intensité moyenne qui diminuait ses capacités motivationnelles, le fonctionnement conjugal semblant par ailleurs précipiter une attitude régressive et passive. La mise en route de mesures thérapeutiques, telle qu'une thérapie de couple et un traitement antidépresseur était le préalable indispensable à une remise au travail.

Le 2 octobre 2000, le Dr B. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI que son patient allait mieux et qu'il avait repris une activité professionnelle à 100 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2000 auprès de l'entreprise [...] SA à [...], raison pour laquelle il renonçait à sa demande de rente. En date du 15 janvier 2001, l'épouse de l'assuré a toutefois informé l'OAI que son mari était à nouveau en arrêt de travail depuis le 28 novembre 2000, une incapacité totale de travail ayant été attestée. Son cas a été pris en charge par la X. \_\_\_\_\_ assureur perte de gain de l'employeur qui a versé des indemnités jusqu'au 31 mai 2005.

Dans un rapport médical intermédiaire du 2 avril 2001, le Dr B. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité totale de travail dans toute activité en précisant qu'après 3 mois d'activité à 100 %, son patient avait présenté le même syndrome qu'en 1999 à savoir des algies de l'hémicorps gauche, mais surtout du membre inférieur gauche avec difficultés à la marche (boiterie importante).

Au vu de ces éléments, l'OAI a sollicité l'avis de son Service médical régional (SMR). Par avis médical du 31 mai 2001, la Dresse J. \_\_\_\_\_ du SMR a qualifié la situation des plus intrigantes, dans la mesure où sans traitement, l'assuré avait repris un travail à 100 % comme aide-jardinier tout en présentant après 3 mois d'activité le même

syndrome qu'en 1999. A son avis, il y avait lieu de se renseigner auprès de l'employeur pour savoir si l'assuré avait fourni un travail adapté à son salaire ou non.

Sur le questionnaire rempli par l'employeur en date du 8 juin 2001, ce dernier a indiqué que son employé avait débuté son activité en date du 11 septembre 2000 et que le dernier jour de travail effectif était le 28 novembre 2000, l'assuré n'ayant plus repris son activité depuis lors. L'employeur a également transmis une lettre de résiliation avec effet immédiat, l'intéressé ayant omis de lui indiquer qu'il souffrait déjà d'une hernie discale et qu'il touchait des indemnités maladie.

Par avis médical du 9 juillet 2001, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et médecin au SMR a relevé que l'assuré qui était qualifié "intouchable" en terme d'examen clinique en 1999 et 2000, avait soudain travaillé avec un rendement qualifié de normal par l'employeur de septembre à novembre 2000, avant d'être à nouveau mis au bénéfice d'une totale incapacité de travail. Selon le Dr R.\_\_\_\_\_, il y avait certainement lieu d'admettre qu'il n'y avait aucun problème fonctionnel orthopédique ou neurologique (ce qui rejoignait ce que subodorait le Dr S.\_\_\_\_\_).

Dans son rapport du 21 août 2008 faisant suite à un examen psychiatrique de l'assuré pratiqué le 15 août 2001, le Dr P.\_\_\_\_\_, psychiatre au SMR, a posé le diagnostic de trouble dépressif majeur, épisode actuel moyen (F32.1), la personnalité dépendante à traits hystériques influençant la capacité de travail de l'intéressé, ainsi que les mesures professionnelles doublée à son intelligence limite. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail de 50 % du 22 janvier 1999 au 10 septembre 2000, de 0 % du 11 septembre au 28 novembre 2000 et de 50 % du 29 novembre 2000 pour une durée indéterminée. Il a relevé que l'assuré avait repris son travail en 2000 après avoir eu recours à une guérisseuse au cours des vacances d'été 2000. L'effet miraculeux de cette guérison montrait ainsi à quel point la pathologie psychiatrique prédominait dans l'analyse du cas.

Estimant qu'il lui était impossible de statuer en l'état du dossier, l'OAI a demandé au SMR de le compléter en raison de la divergence d'opinion entre le rapport d'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ et celui du Dr P. \_\_\_\_\_ à propos de la capacité de travail et de l'existence ou non d'un trouble somatoforme douloureux. Le SMR a dès lors procédé à un examen clinique bidisciplinaire (somatique et psychiatrique) de l'assuré en date du 11 février 2002. Dans leur rapport d'expertise du 13 février 2002, les Dr R. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2) chez une personnalité dépendante à traits hystériques et à l'intelligence limite, de trouble somatoforme douloureux et de discrets troubles lombaires dégénératifs étagés et ont attesté une incapacité de travail globale de 70 % pour une durée indéterminée. Ils ont relevé que le status clinique avait été difficile à effectuer et à interpréter, l'assuré gémissant à la moindre sollicitation, se plaignant par exemple de douleurs lombaires épouvantables lors d'un examen de la gorge. Ils ont en outre exclu toute pathologie inflammatoire, tumorale ou infiltrative qui pouvait expliquer la symptomatologie douloureuse. Les lésions objectives au niveau lombaire bas étaient certes présentes sous forme de troubles dégénératifs au niveau des articulations inter-apophysaires postérieures L4-L5 et L5-S1, mais il s'agissait de lésions tout à fait modérées. Au plan ostéoarticulaire et objectif strict, le tableau douloureux était dès lors en totale discordance avec ce qui avait pu être observé. L'absence d'évolution sur 3 ans et l'absence de détérioration de l'état général pendant ce laps de temps permettaient ainsi d'exclure une maladie sous-jacente non ostéoarticulaire, à la base de la symptomatologie douloureuse. Sur le plan psychiatrique, les experts ont constaté une péjoration de l'état dépressif, qui constituait sans aucun doute une comorbidité au trouble somatoforme douloureux. Enfin, l'accessibilité de l'assuré à un traitement psychiatrique était pratiquement inexistante, au vu de ses faibles capacités cognitives et sa capacité de travail n'était donc pas améliorable par la mise en oeuvre de mesures médicales, une réadaptation professionnelle étant par ailleurs exclue.

Par prononcé du 4 mars 2002, confirmée par décision du 31 mai 2002, l'OAI a considéré que l'intéressé présentait une incapacité de longue durée dès le 22 janvier 1999. A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 22 janvier 2000, son incapacité de travail et de gain était estimée à 70 %. Dès lors, l'assuré avait droit à une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 70 % avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2000.

**b)** Dans le cadre de la procédure de révision d'office mise en œuvre le 17 mars 2005, l'assuré a indiqué que son état s'était aggravé depuis le mois d'août 2004 (davantage de douleurs au dos). Dans un rapport médical du 14 avril 2005, le Dr B. \_\_\_\_\_ a confirmé le syndrome lombo-vertébral hyperalgique, ainsi qu'une incapacité totale de travail dès le 22 janvier 1999 pour une durée indéterminée. Il a ajouté qu'un scan lombaire avait été agendé en raison de la recrudescence des douleurs.

Au vu de ces éléments, le SMR a estimé qu'il y avait lieu de mettre en œuvre un examen clinique bidisciplinaire rhumato-psychiatrique avec le Dr R. \_\_\_\_\_ qui avait déjà examiné cet assuré permettant ainsi une comparaison entre la situation actuelle et l'examen de 2002. Dans un rapport du 10 avril 2006 faisant suite à un examen clinique pratiqué le 27 mars 2006 avec l'assistance d'un interprète de langue portugaise, le Dr R. \_\_\_\_\_ et la Dresse V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, ont posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré de lombosciatalgies à prédominance gauche chroniques persistantes (M51.1) sous forme de discopathie L4-L5 avec protusion discale médiane-para-médiane gauche et à une part significative d'amplification des plaintes. Ils ont en outre considéré que les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), ainsi que le status après épisode dépressif d'intensité sévère, actuellement en rémission complète (F32.9) n'avaient aucune influence sur la capacité de travail de l'intéressé. Ils ont dès lors retenu que la capacité de travail exigible était totale sur le plan psychiatrique, alors qu'elle était limitée à 80 % dans une activité adaptée soit respectant les limitations fonctionnelles et ce dès le mois de mars 2006, soit dès l'amélioration de l'état psychique susceptible d'être attesté. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a relevé que l'examen somatique réalisé le

27 mars 2006 ne présentait pas de modification réelle par rapport à celui qui avait été réalisé le 11 février 2002. En ce qui concernait les RX, le Dr R. \_\_\_\_\_ a mis en évidence une discrète altération de la situation entre 1999 et 2006. Dès lors, la pathologie lombaire objective, incontestée, déterminait logiquement les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Sur le plan psychiatrique, la Dresse V. \_\_\_\_\_ a constaté que dans la situation actuelle, il n'y avait aucun signe de dépression chez ce jeune homme, ni trouble de l'attention ou de la concentration, pas de sentiment de dévalorisation, pas de ralentissement de la psychomotricité, pas de perte de la vision de l'avenir, pas de baisse de l'image de soi, pas de sentiment de culpabilité, pas d'anhédonie. Elle a également relevé l'absence de comorbidité psychiatrique et de perte d'intégration sociale. Le caractère chronique s'étendait depuis 1999 et l'assuré ne prenait aucun traitement antidépresseur, ni somnifère et n'avait pas de suivi psychiatrique, en l'absence de plainte d'ordre psychique. L'état de santé psychique de l'assuré s'étant amélioré, il n'y avait pas de cristallisation, la compliance au traitement médicamenteux (sous forme d'importantes doses d'opiacés prescrites) pouvant par ailleurs être clairement mis en doute en raison de l'absence d'effets secondaires.

Dans un rapport du initial du 30 octobre 2006, l'OAI, division de réadaptation professionnelle, a constaté que l'intéressé estimait ne plus pouvoir travailler étant donné son état de santé. L'OAI a cependant considéré qu'il y avait lieu de proposer un stage au COPAI afin d'évaluer ses possibilités de reclassement, de définir les activités adaptées et accessibles pour l'assuré, de vérifier le rendement et d'estimer les étapes nécessaires en vue d'une réinsertion sur le marché de l'emploi.

T. \_\_\_\_\_ a finalement débuté le 9 janvier 2007 un stage en internat au COPAI pour une durée de 4 semaines. Le 24 janvier 2007, il a quitté prématurément le COPAI pour raison médicale. Il a en effet été

hospitalisé à l'Hôpital [...] à [...] durant une semaine par son médecin traitant en raison d'un épuisement et d'un blocage lombaire, suivie d'une semaine de convalescence.

Dans un rapport de synthèse du 21 février 2007, le COPAI a estimé que l'assuré souffrait probablement de troubles psychologiques associés à un manque de ressources intellectuelles et sociales, ainsi qu'à une attitude en marge du contexte réel. Sa souffrance physique était certainement réelle, mais elle était en forte discordance avec le comportement montré. La mesure n'avait cependant pas permis de lui faire surmonter sa détresse. Dans un rapport du 30 janvier 2007, la Dresse G.\_\_\_\_\_, médecin-conseil au COPAI, a conclu que sur le plan rhumatologique, aucune limitation ne pouvait être retenue autre que l'impossibilité pour ce patient de faire des travaux nécessitant le port de charges lourdes, le port de charges modérément lourdes, des mouvements répétés de flexion antérieure et de rotation du tronc ainsi que des positions statiques prolongées. La problématique psychiatrique était du ressort des psychiatres, mais selon l'avis de la Dresse G.\_\_\_\_\_, elle n'était pas source d'une incapacité de travail complète.

**c)** Par décision et courrier du 2 juin 2009, confirmant un projet de décision du 15 janvier 2009, l'OAI a supprimé le droit à la rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision et a également retiré l'effet suspensif au recours. L'OAI a ainsi retenu que la capacité de travail de l'intéressé dans l'activité habituelle était nulle, alors qu'elle était de 80 % dans une activité adaptée respectant certaines limitations fonctionnelles. L'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu annuel de 4'588 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) en 2004, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41.6 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2006 (+ 2.42 %), d'une activité de substitution de 80 % et d'un abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de

42'229 fr. 45. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 37'800 fr. indexé à 2006, permettait de constater que le revenu d'invalidé auquel l'assuré pouvait raisonnablement prétendre était aussi élevé que celui qu'il avait réalisé avant son atteinte à la santé.

**B. a)** Par acte de son mandataire du 2 juillet 2009, l'assuré recourt contre cette décision, en concluant principalement à l'admission du recours, la décision étant annulée en ce sens que sa rente AI n'est pas supprimée. Il sollicite également la restitution de l'effet suspensif. En outre, il invoque l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation. Il estime en effet qu'il n'est ni soutenable, ni pertinent de motiver une décision de suppression d'une rente d'invalidité en s'appuyant sur une investigation médicale de mars 2006 émanant du SMR et en contradiction, déjà à l'époque, avec les avis d'experts neutres, sans procéder à de nouveaux examens médicaux malgré le fait que les constatations médicales répétées et récentes confirment que son état de santé ne s'est pas amélioré voire qu'il s'est au contraire péjoré. Il se réfère à une attestation médicale du 16 juin 2009 de son médecin traitant le Dr B.\_\_\_\_\_ faisant état d'une hernie discale confirmée à partir de 2005 par IRM et scan lombaires, l'obligeant à prendre quotidiennement un comprimé de morphine et à subir de manière répétée des injections de cortisone. L'assuré se plaint enfin d'une violation du droit d'être entendu, l'OAI n'ayant pas tenu compte de ses remarques et objections formulées suite au projet de suppression de la rente.

**b)** Dans sa détermination du 20 août 2009, l'OAI a conclu au rejet de la requête de restitution de l'effet suspensif. En effet, l'intimé a considéré que l'issue du litige au fond était incertaine et que, dans l'hypothèse où l'assuré n'obtiendrait pas gain de cause, une procédure en restitution des prestations versées à tort pourrait se révéler infructueuse compte tenu de sa situation financière.

**c)** Par ordonnance du 11 septembre 2009, la Cour de céans a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif.

**d)** Dans sa réponse du 17 septembre 2009, l'intimé a indiqué que le rapport pluridisciplinaire du SMR remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumettait la valeur probable d'un tel document. Il procédait d'une étude approfondie du cas de l'assuré, ses conclusions étaient motivées et convaincantes et ne comportait aucune contradiction. Les pièces médicales établies par le Dr B.\_\_\_\_\_ étaient par contre succinctes et peu étayées. Enfin, l'intimé a rappelé avoir indiqué dans une lettre explicative du 2 juin 2009 les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'avis médical du Dr B.\_\_\_\_\_. L'intimé proposait dès lors le rejet du recours.

**e)** Dans sa réplique du 23 mars 2010, le recourant s'est référé à un rapport du 3 décembre 2009 relatif à une IRM lombaire établi par la Dresse I.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, attestant la présence d'une hernie discale médiane, mais surtout paramédiane gauche, légèrement sténosante, entraînant une déviation et un conflit avec la racine L5 gauche. Ce certificat corroborait ainsi les autres examens neurochirurgicaux, raison pour laquelle il confirmait sa réquisition de mesure d'instruction tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise sur le plan physique. Il demandait également une nouvelle expertise psychiatrique.

**f)** Dans sa duplique du 23 avril 2010, l'intimé a transmis un avis médical 8 avril 2010 du Dr H.\_\_\_\_\_ du SMR qui a précisé qu'il était déjà fait état d'une hernie discale en 2001, puis d'une protusion discale en 2005. La distinction entre protusion et hernie était quantitative; il suffisait que les clichés soient pris sous un angle légèrement différent pour que l'on puisse parler de l'une ou l'autre. Après avoir examiné le rapport de CT lombaire du 20 novembre 2001 du Dr A.W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, les protocoles opératoires d'injection péri-durale antalgique des 10 juin et 19 août 2005 du Dr L.\_\_\_\_\_ le rapport d'IRM lombaire du 22 septembre 2005 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie et le rapport d'IRM lombaire du 3 décembre 2009 de la Dresse I.\_\_\_\_\_, le Dr H.\_\_\_\_\_ a relevé que l'image ne déterminait pas l'incapacité de

travail, mais plutôt les limitations fonctionnelles objectives mises en évidence par un examen clinique approfondi.

### **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 LAI). 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 a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et immédiatement applicable (art. 117 al. 1 LPA-VD), 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; 117 LPA-VD).

**c)** Sur le plan formel, le recourant fait grief à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.) en ne procédant pas aux mesures d'instruction supplémentaires que les circonstances imposaient et en ne tenant pas compte de ses remarques et objections formulées suite au projet de suppression de la rente.

La violation du droit d'être entendu (sur cette notion en corrélation avec l'administration de preuves, cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429, 119 Ib 492 consid. 5b/bb p. 505) dans le sens invoqué en premier

lieu par le recourant est une question qui n'a pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une mauvaise appréciation des preuves. Il peut effectivement être renoncé à accomplir certains actes d'instruction sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu (TFA I 363/99 du 8 février 2000 consid. 4, in SVR 2001 IV n° 10 p. 28) si l'intimé est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves, Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212 n° 450).

La violation du droit d'entendu pour défaut de motivation de la décision attaquée (ATF 133 III 439 consid. 3.3 p. 445 et les références) est un grief qui n'est également pas fondé en l'espèce, dans la mesure où l'intimé a mentionné dans un courrier annexé à la décision attaquée et daté du même jour les motifs qui l'ont conduit à accorder pleine valeur probante au rapport d'expertise du SMR du 10 avril 2006. Le recourant ne soutient d'ailleurs pas qu'il n'aurait pas été en mesure de discerner la portée de la décision entreprise et de l'attaquer en connaissance de cause. Sous couvert d'une violation du droit d'être entendu, le recourant reproche en réalité à l'intimé d'avoir apprécié certains faits de manière erronée et fait ainsi preuve d'arbitraire dans la constatation des faits et l'appréciation des preuves. Il s'agit-là de griefs qu'il convient d'examiner avec le fond du litige.

**2.** Le litige porte sur la suppression de la rente entière d'invalidité du recourant dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de son prononcé.

**a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou

d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

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

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier

(anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Le rôle des médecins du SMR consiste notamment à fournir un avis médical sur lequel le gestionnaire du dossier ou les juristes des offices AI fonderont leur décision. Ils travaillent donc clairement pour les organes de l'administration. Cette circonstance ne justifie cependant pas à elle seule de les considérer comme partial, la provenance d'un rapport médical n'étant pas un critère pour juger de sa valeur probante (ATF 125 V 351).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

**3.** Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5., 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). Le point de savoir si un changement 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 repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108; TF 9C\_148/2007 du 21 janvier 2008 consid. 3.2 ).

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. La réglementation sur la révision ne saurait constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). On ne saurait déduire du seul fait que des experts mandatés par un office ont retenu une capacité de travail entière dans une activité légère qu'un changement significatif était intervenu dans l'état de santé de l'assuré par rapport aux circonstances qui avaient donné lieu à l'octroi de la rente d'invalidité (TF I 755/04 du 25 septembre 2006, consid. 5.2.1); une appréciation différente sur le plan diagnostique et médico-théorique ne saurait suffire (ATF précité consid. 5.2.2). En revanche, alors que l'état de santé est stationnaire, une modification de la capacité de travail établie d'un point de vue médico-théorique peut suffire, pour autant qu'elle résulte d'un changement de circonstances survenu dans le chef de l'assuré et implique une modification quant au droit à la rente d'invalidité (Kieser, ATSG-Kommentar, 2003, nos 11 et 15 ad art. 17 LPGA).

**4.** Il convient en l'espèce de déterminer si le dossier médical permettait à l'intimé d'admettre que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA étaient remplies en l'espèce. Le recourant allègue tout d'abord que la décision attaquée n'a mis en évidence aucune amélioration de son état de santé.

**a)** La dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral précitée, est en l'occurrence la décision initiale d'allocation de rente du 31 mai 2002. L'OAI a considéré qu'il se justifiait d'accorder une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 70 % en raison d'une incapacité de travail survenue le 22 janvier 1999. Cette décision comporte une motivation relativement sommaire. Il y a donc lieu de se référer au contenu des rapports médicaux pour procéder ensuite à une comparaison de l'état de santé du recourant lors de la décision d'octroi de la rente à celui prévalant au moment de la procédure de révision.

**b)** Durant cette période, l'assuré travaillait en qualité d'employé vini-viticole à 100 %. Le recourant semble avoir été en bonne santé jusqu'au 22 janvier 1999, date à laquelle sont apparues des douleurs consécutives à un port de charge important sur son lieu de travail. Le diagnostic de syndrome lombo-vertébral hyperalgique a été posé par plusieurs praticiens (avis de sortie du Dr M. \_\_\_\_\_ du 22 février 1999 et rapport médical du 2 octobre 1999 du Dr B. \_\_\_\_\_), le Dr S. \_\_\_\_\_ retenant la présence de lombalgies chroniques persistantes sous forme de troubles statiques et discrètement dégénératifs banals et de dysbalances musculaires étagées probables (rapport du 27 août 1999). En raison d'un état algique important, plusieurs investigations ont été menées, notamment un CT-scan lombaire en date du 8 février 1999, ainsi que deux IRM lombaires pratiquées les 26 mars 1999 et 20 novembre 2000 qui n'ont pas révélé d'éléments significatifs, mis à part une discrète protusion discale médiane non neuro-compressive. En tout état de cause, il n'y avait aucune pathologie inflammatoire, tumorale ou infiltrative qui pouvait expliquer la symptomatologie douloureuse, raison pour laquelle le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été retenu (rapport d'expertise bidisciplinaire du SMR du 13 février 2002, p. 5 et 6). En outre, l'évolution des troubles psychiatriques de l'assuré depuis l'examen psychiatrique du 18 août 2001 réalisé par le Dr P. \_\_\_\_\_ montrait une péjoration de son état dépressif qui devait être qualifié de sévère, constituant ainsi, selon les Drs R. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, une comorbidité au

trouble somatoforme douloureux et qui justifiait une incapacité de travail de 70 % pour une durée indéterminée. Ces éléments avaient déjà été mis en évidence par le Dr F.\_\_\_\_\_, ce dernier ayant conclu à une incapacité de travail de 70 % reposant à la fois sur l'état dépressif moyen et le trouble somatoforme douloureux présentés par l'assuré (expertise psychiatrique du 14 juillet 2000).

**c)** Ainsi, lors de l'octroi de la rente en 2002, c'est la combinaison des deux diagnostics, soit d'une part, le trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (chez une personnalité dépendante à traits hystériques et à l'intelligence limite) qualifié de comorbidité psychiatrique et d'autre part, le trouble somatoforme douloureux, qui a motivé l'attribution des prestations en cause et qui nécessitait un réexamen au moment de la suppression de la rente (rapport d'examen SMR du 18 février 2002).

**5.** Il convient dès lors d'examiner si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par les experts en 2002 permet de maintenir une invalidité.

**a)** Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut

constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence p. 358). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF 9C-38/2007 du 8 avril 2008, consid. 3.2).

Une expertise psychiatrique s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2; Tf du 23 mai 2007 I 533/06 consid. 3.1). Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de

travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

A cet égard, selon le Tribunal fédéral, la mission de l'expert consiste à apporter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état (ATF 132 V 65). Dans cet arrêt, la Haute Cour a encore rappelé que l'absence de toute comorbidité psychiatrique n'était pas suffisante pour conclure à l'existence d'une capacité de travail, car si ce critère est d'importance, il n'était toutefois pas exclusif (ATF 132 V 73 consid. 5.1).

**b)** Pour statuer sur la révision du droit à la rente, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) afin de déterminer si le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, qualifié de comorbidité dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux, pouvait être maintenu.

Dans leur rapport du 10 avril 2006, les Drs R.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ ont considéré que les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), ainsi que le status après épisode dépressif d'intensité sévère, actuellement en rémission complète (F32.9) n'avaient aucune influence sur la capacité de travail de l'intéressé. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux (F 45.4) a été posé par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, qui a mis en évidence une importante démonstrativité de l'assuré. Malgré une antalgie majeure, l'assuré a précisé qu'un tel traitement ne le soulageait pas, élément qui corroborait selon le Dr R.\_\_\_\_\_ l'hypothèse qu'il n'y avait pas de relation de causalité adéquate entre les plaintes annoncées et la réalité physiopathologique. Sur le plan psychiatrique, il y a lieu de rappeler que le Dr P.\_\_\_\_\_, lors de son examen du 11 février 2002, avait retenu que l'assuré présentait une thymie plus profondément dépressive qu'au cours de l'examen du 18 août 2001 au SMR, avec en premier plan une tristesse et des sentiments de dévalorisation et de ruine, l'intéressé indiquant passer sa journée à chercher une position confortable, se limiter à de

petites promenades de 5 minutes autour de son domicile et de n'être quasiment pas en mesure de s'occuper de son enfant de 2 ans. Dans son rapport du 10 avril 2006, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a constaté l'absence de signe de dépression, de sentiment de dévalorisation, de ralentissement de la psychomotricité, de perte de vision de l'avenir, de baisse de l'image de soi, de culpabilité, d'anhédonie ou d'idéation suicidaire. L'assuré conduit ainsi sa voiture occasionnellement et garde sa fille durant les heures de travail de l'épouse. La Dresse V.\_\_\_\_\_ a relevé que l'on pouvait imaginer que le recourant avait pu retrouver un certain élan vital, un regain de désir et une projection dans l'avenir dès la conception de sa fille née en 2004. Elle a ajouté que l'éventuelle problématique conflictuelle du couple n'avait pas pu être évaluée.

Compte tenu de l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a examiné si le recourant réunissait en sa personne plusieurs des autres critères consacrés par la jurisprudence. Les éléments anamnestiques récoltés ont démontré que l'assuré voyait fréquemment des amis, ainsi que ses frères et soeurs, de sorte que l'on ne pouvait parler d'une perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie. Il apparaissait également que l'assuré n'avait formulé aucune plainte d'ordre psychique et qu'il n'avait par conséquent jamais entrepris de traitement psychiatrique, si bien qu'il ne pouvait être question de l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Enfin, aucun autre critère ne se manifestait de façon suffisamment prégnante pour admettre que l'assuré était incapable de fournir l'effort de volonté que l'on pouvait raisonnablement exiger de lui pour se réintégrer dans le processus du travail ou dans une activité adaptée.

**c)** Le recourant se plaint d'arbitraire dans l'appréciation des preuves en ce qui concerne les affections somatiques. L'appréciation des preuves est arbitraire lorsqu'elle est manifestement insoutenable, en contradiction avec le dossier ou contraire au sens de la justice et de l'équité ou encore lorsque le juge a interprété les pièces du dossier de manière insoutenable, a méconnu des preuves pertinentes ou s'est fondé exclusivement sur une partie des moyens de preuve (ATF 134 V 53 consid.

4.3 p. 62, 120 la 31 consid. 4b p. 40, 118 la 28 consid. 1b p. 30). En substance, l'intéressé reproche à l'intimé de s'être fondé sur le rapport d'examen clinique bidisciplinaire du SMR dont il conteste implicitement l'impartialité et la valeur probante dans la mesure où celui-ci s'oppose à l'avis de son médecin traitant et au dossier radiologique. Il estime qu'une expertise pluridisciplinaire neutre est nécessaire à la résolution du cas. Il entend tirer argument du fait que le Dr B. \_\_\_\_\_ a attesté la présence d'une hernie discale (attestation du 16 juin 2009), laquelle avait déjà été mise en évidence dès 2005 dans le cadre d'un scan et d'une IRM lombaires.

Les arguments de l'assuré visant à justifier le maintien de la rente pour des motifs somatiques ne résistent pas à l'examen, le recourant n'ayant pas établi de façon plausible une aggravation importante de son état de santé. L'attestation du Dr B. \_\_\_\_\_ du 16 juin 2009 fait référence à une IRM et un scan lombaires réalisés dès 2005. Toutefois, le rapport du 22 septembre 2005 du Dr D. \_\_\_\_\_ excluant la présence d'une véritable hernie discale, est antérieur à l'examen bidisciplinaire du SMR du 27 mars 2006 pratiqué par le Dr R. \_\_\_\_\_ qui l'a au demeurant mentionné dans son rapport (rapport du 10 avril 2006, p. 6). En comparant les documents à disposition, le Dr R. \_\_\_\_\_ a constaté une discrète altération de la situation sur le plan de l'atteinte discale à laquelle s'ajoutait une fragilité biomécanique de la région lombaire. La pathologie lombaire objectivée soit des lombosciatalgies à prédominance gauche chroniques persistantes (M51.1) déterminait uniquement les limitations fonctionnelles qui n'étaient pas présentes lors de la décision initiale de rente, soit la nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg et pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a dès lors considéré que l'exigibilité de la capacité de travail dans une activité respectueuse des limitations fonctionnelles précitées était limitée à 80 %. Dans son rapport du 3 décembre 2009, établi postérieurement à la décision attaquée, la Dresse I. \_\_\_\_\_ a certes fait état d'une hernie discale paramédiane

gauche, légèrement sténosante en conflit avec la racine L5 gauche, atteinte identique à celle constatée par le Dr D.\_\_\_\_\_ et le Dr A.W.\_\_\_\_\_ en 2001 (avis médical du SMR du 8 avril 2010), sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré.

Par conséquent, la légère modification de la situation lombaire-biomécanique permettait uniquement de réduire le taux de capacité de travail à 80 % dans une activité adaptée, mais n'autorisait pas le maintien d'une capacité de travail de 30 %.

**d)** Ainsi, il n'y a pas eu appréciation arbitraire des preuves de la part de l'intimé, lequel, avec raison, n'a donné aucune suite à la requête tendant à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, le rapport d'expertise du SMR a été établi en connaissance de tous les rapports et certificats médicaux, y compris ceux du Dr B.\_\_\_\_\_ des 14 avril 2005 et repose sur une anamnèse et des examens complets. Les experts ont pris en compte les plaintes de la personne examinée, bien décrit le contexte médical et leurs constatations sont dûment motivées, sous forme notamment d'observations approfondies, ainsi que d'investigations complètes dans les domaines de la rhumatologie et de la psychiatrie. L'intimé a donc admis à juste titre que les critères permettant d'attribuer une pleine valeur probante à cette expertise étaient remplis (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). L'intimé n'a ainsi pas violé le droit fédéral en accordant plus de pouvoir à une expertise bidisciplinaire, qui tenait compte des interactions entre les affections physiques et psychiques du recourant, qu'à l'avis du médecin traitant, qui s'était prononcé sous un angle général dans le cadre d'une relation thérapeutique entre patient et médecin, se fondant en grande partie sur le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, dont on ne saurait déduire l'existence d'une incapacité de travail (supra consid. 4 a).

L'instruction du dossier permettant dès lors de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une expertise pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains

actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1).

**e)** Il y a dès lors lieu de retenir que l'intimé était fondé à conclure que la situation du recourant s'était notablement améliorée, au regard de son état de santé et de la capacité de travail qui en découle, par rapport aux circonstances ayant justifié l'octroi de la rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2000. Les conditions d'une révision étaient ainsi réunies pour supprimer, dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification du prononcé, le droit du recourant à une rente d'invalidité (art. 17 LPGA; 88bis al. 2 litt. a RAI).

On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas, bien entendu, d'une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse (ATF 121 V 266 cons. 1b et les références citées), pouvant donner lieu à une nouvelle décision et le cas échéant à l'octroi d'une rente si les conditions en sont remplies.

**6.** Le recourant n'ayant pas contesté la détermination du taux d'invalidité selon la méthode générale de comparaison des revenus, il n'y a pas lieu d'examiner ce point.

**7. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**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 1'000 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de

l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 2 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais de justice, par 400 francs (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Saviaux (pour le recourant),
- 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).

La greffière :