

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juillet 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Pasche et M. Zbinden
Greffier : M. Rebetez

* * * * *

Cause pendante entre :

Z._____, à Vuarrens, recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA

E n f a i t :

A. Le 29 avril 1998, Z. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1968, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi d'une rente. Il a indiqué qu'il souffrait de fibromyalgie et d'un état dépressif. Du 1^{er} avril 1995 au 17 mars 1997, il a travaillé dans l'entreprise [...] SA en qualité de maçon. Selon le questionnaire pour l'employeur, rempli par celui-ci le 1^{er} juillet 1998, le salaire annuel de l'assuré aurait été cette année-là de 66'000 fr., treizième salaire compris.

Le 22 mai 1998, le Dr [...] F. _____, médecin généraliste FMH, diagnostique une fibromyalgie, des troubles psychiques ainsi que des troubles dyspeptiques et fonctionnels coliques.

Le 8 juin 1998, les Drs G. _____ et P. _____, de l'Hôpital de Cery, diagnostiquent un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), une anxiété généralisée avec épisodes paroxystiques (F41.1) et un trouble dépressif récurrent (F41.0). Ils indiquent notamment ce qui suit :

"M. [...] est d'origine sicilienne, issu d'une fratrie de 9 dont il est le 8^{ème} enfant. Il est issu d'un milieu simple et dès son plus jeune âge (8 ans) il a travaillé dans divers petits travaux de manière à apporter un peu d'argent pour la famille. Après sa scolarité primaire et son service militaire le patient se rend en Suisse à l'âge de 18 ans pour travailler dans l'entreprise de son frère établi ici depuis plusieurs années. Il y travaille pendant 2 ans puis, le travail manquant retourne en Sicile. Deux ans plus tard, de retour en Suisse il épouse une femme d'origine italienne et se rétablit en Suisse. Il retourne alors travailler comme maçon chez son frère aîné. En été 95, survient le décès d'un de ses frères aînés, suite auquel apparaît une symptomatologie anxio-dépressive associée à des troubles somatoformes douloureux avec lombalgies. Il sera suivi par le CITB de juin à septembre 1996, puis est adressé à la PPU A. L'évolution sera défavorable avec persistance de la même symptomatologie tant sur le plan psychique que somatique. Le patient fait une tentative de reprise du travail durant quelques mois mais

qui échouera rapidement et depuis le 18 mars 1997, il est à l'arrêt de travail complet. En été 97, le patient est hospitalisé au service de réadaptation de l'hôpital d'Orbe en raison de ses lombalgies persistantes sans substrat organique décelé. Cette hospitalisation échoue mais le patient est remis à l'arrêt de travail à 25% à sa sortie. C'est suite à cela que le patient reprend contact avec la PPU A où il sera remis à l'arrêt de travail complet. Durant tout le suivi psychiatrique nous ne pouvons que constater l'évolution défavorable avec persistance de plaintes somatiques et d'une angoisse importante. Les faibles ressources psychiques du patient objectivées par les tests psychologiques nous amènent à déposer une demande de rente AI à 100%. Le décès de ce frère aîné a provoqué une rupture dans un équilibre psychique déjà fragile. M. [...] présente un deuil pathologique comme s'il s'était agi de sa propre mort. En effet depuis lors le patient est coupé de toutes ses facultés tant sur le plan professionnel que relationnel, le rendant dépendant de son épouse et du système de santé. Actuellement des mesures professionnelles nous paraissent vouées à l'échec tant la symptomatologie est importante et persistante.

(....)

Dans l'anamnèse familiale du patient on relève qu'un de ses frères est atteint de schizophrénie et qu'un deuxième est au bénéfice d'une rente AI pour des troubles somatoformes.

M. [...] est d'origine sicilienne issu d'une famille nombreuse, dans laquelle la communication était réduite avec des carences affectives certaines. A l'âge de 25 ans il épouse une femme binationale Suisse et Italienne, mariage duquel naîtra une petite fille en 1995 un mois après le décès de son frère. A relever que durant l'été 94, alors qu'il était sans travail et vivait encore en Sicile, il a construit le caveau familial à la demande de son père. Il présentera par la suite une culpabilité pathologique du décès de son frère, comme si le fait d'avoir construit le caveau avait provoqué son décès.

4.2 Douleurs et troubles annoncés par l'assuré

Sur le plan somatique le patient se plaint de douleurs diffuses musculaires au moindre effort.

Sur le plan psychique il décrit de fréquentes angoisses avec des hallucinations auditives sous forme de voix proférant des paroles incompréhensibles, de bruit. Il rapporte des cauchemars effrayants mettant en scène sa propre mort. Dans la lignée dépressive on relève des troubles du sommeil et fréquemment l'envie d'en finir avec la vie. Il souffre

également d'une baisse de la libido et n'a pratiquement plus de rapports sexuels avec son épouse.

4.3 Status (...)

Patient de 30 ans, faisant son âge, vêtements et hygiène correcte. Mimique douloureuse démonstrative lorsque le patient se lève de sa chaise. Pas de ralentissement psychomoteur marqué. Le discours est cohérent, centré sur ses plaintes anxiodépressives. Pas de trouble du cours de la pensée. Certains contenus évoquent des hallucinations qui sont finalement plus en rapport avec une hypervigilance anxieuse qu'avec des processus hallucinatoires à proprement parler. L'humeur est fortement sur le versant anxieux avec des réactions dépressives secondaires sans menace auto-agressive actuellement. Intelligence dans les limites de la norme."

Le 1^{er} octobre 1998, le Dr [...] T._____ mentionne une incapacité de travail de 100 % du 27 septembre 1999 au 15 décembre 1996, puis dès le 1^{er} avril 1997 et pour une durée indéterminée. Il diagnostique une fibromyalgie avec syndrome lombo-vertébral, syndrome nuque-épaule et des douleurs multiples. Il a notamment joint à son rapport celui des Drs [...] et [...], qui diagnostiquent des troubles somatoformes douloureux persistants avec lombalgies et un état dépressif récurrent. Ils relèvent que sur le plan purement ostéo-articulaire, aucune pathologie n'est susceptible de nécessiter un arrêt de travail prolongé. Ils ont décidé une reprise de travail à 25 % du 18 août 1997 au 7 septembre 1997, puis à 50 % du 8 septembre 1997 au 28 septembre 1997. En cas d'échec, ils estiment qu'au vu de l'âge de l'assuré et de l'absence de substrat organique, un reclassement professionnel pour motifs psychiatriques devrait être envisagé par l'AI.

Mandaté comme expert par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), le Dr [...] M._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi son rapport le 21 juillet 1999. Il en résulte notamment ce qui suit :

"3. CONSTATIONS OBJECTIVES :

Homme correctement soigné, faisant son âge; ralentissement psychomoteur important, faciès triste, "défait". Lors du premier entretien surtout, pleurera

à plusieurs reprises, évoquant sa fille ou sa femme qui l'a quitté. Se montrera également très envahi par l'impression que tout est contre lui, avec son beau-père qui n'arrête pas de le menacer de mort. Il se montrera également très critique par rapport à l'hôpital d'Orbe, où les conditions étaient "pires" que l'armée. Présence d'une grande fatigue dès le matin avec manque d'entrain. Il ne peut avoir une activité que s'il est stimulé par un tiers. Ces phénomènes hallucinatoires semblent liés à la symptomatologie dépressive, actuellement importante : il entend des bruits, des voix, ou la sonnette derrière la porte et il n'y a personne; couché il voit également l'image de son frère ou Dieu; il a beaucoup de cauchemars avec des serpents et des lézards ou autour de la mort. Dans ces moments hallucinatoires, il présente également une symptomatologie anxieuse paroxystique. Par rapport aux troubles du spectre de la schizophrénie, nous n'avons pas mis en évidence des troubles du cours de la pensée, ni d'autres bizarreries, présence toutefois de troubles de la logique; la symptomatologie délirante semble être associée et à la symptomatologie dépressive et à des crises d'angoisse."

L'expert pose les diagnostics suivants :

- " - *Anxiété généralisée avec épisodes paroxystiques.*
- *Troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques.*
- *Fibromyalgie.*
- *Trouble de la personnalité."*

L'expert estime que l'assuré est en incapacité de travail totale depuis mars 1997, avec des arrêts de travail dès 1996 et ceci pour des raisons psychiques et somatiques. Il précise qu'il est difficile de différencier l'un de l'autre, mais la symptomatologie psychique aiguë a été toujours le motif des arrêts de travail et est également prédominante. Il relève que la poursuite du traitement médical pourra améliorer la symptomatologie aiguë de l'expertisé mais que néanmoins, il n'aura probablement pas d'effet sur la capacité de travail.

Par décisions des 29 novembre et 13 décembre 1999, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière, fondée sur un taux d'invalidité de 100 % avec effet dès le 1^{er} mars 1998.

B. Lors d'une première révision de la rente, le Dr [...] C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné dans son rapport médical intermédiaire du 14 novembre 2001 que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et qu'il n'y avait pas d'amélioration envisageable actuellement.

Par communication du 1^{er} février 2002, l'OAI a informé l'assuré qu'il allait continuer à bénéficier de la même rente.

Lors d'une 2^{ème} procédure de révision, qui a débuté en février 2005, le Dr T._____ a établi un rapport médical le 25 avril 2005, dans lequel il pose les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies, fibromyalgie, état dépressif chronique (borderline) et syndrome rotulien bilatéral. Il diagnostique en outre une épicondylite droite, ce diagnostic n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Il estime que l'incapacité de travail est totale depuis le 1^{er} avril 1997, l'état de santé de l'assuré étant stationnaire et le pronostic réservé.

Il a joint à ce rapport les rapport suivants :

- un rapport du 15 mai 2002 du Dr [...], lequel, suite à une IRM lombaire conclut à des signes débutants d'arthrose postérieure sur les deux derniers niveaux lombaires et à l'absence de pathologie discale visible.
- un rapport du 28 novembre 2003 du Dr [...], qui, suite à une IRM cérébrale et angio IRM, conclut à l'absence de lésion décelable au niveau de l'encéphale, pas de lésion vasculaire intracrânienne, ni au niveau de la fosse postérieure.

- un rapport du 10 septembre 2004 du Dr [...] qui conclut, suite à une IRM du coude droit :

"Petit kyste synovial de 4 mm sur le versant dorsal du carpe entre le radius distal et la base du semi-lunaire et kyste synovial de 8 x 5 mm entre le pyramidal et le pisiforme. Pas de lésion décelable au niveau du coude droit, en particulier de signes IRM d'épicondylite."

Dans un rapport du 20 mai 2005, le Dr [...], diagnostique un trouble anxieux et dépressif mixte chez une personnalité à traits immatures, narcissique et avec quelques traits paranoïaques ainsi que des douleurs ostéoarticulaires et musculaires. Il estime l'état de santé stationnaire, l'assuré étant en incapacité de travail totale depuis 1996. Il mentionne notamment ce qui suit :

"M. [...] présente régulièrement des phases où des symptômes anxiodépressifs reviennent à la surface. Pendant ces périodes, il s'isole, rumine et doit en quelque sorte recommencer à se prendre en main presque à zéro. Ceci lui prend une énergie considérable mais lui permet de pouvoir à nouveau avoir de l'espoir et il s'investit dans la prise en charge de sa fille. Sa vie est assez solitaire, une relation affective s'est soldée par un échec, le patient ne supportant pas le rapprochement et faisant échouer cette relation.

Depuis quelques mois, il a rencontré une autre femme, mais déjà les premiers signes de conflits apparaissent et M. [...] se demande s'il ne veut pas rompre. M. [...] est vite surstimulé, il ne supporte pas la pression et les contraintes, a besoin de calme et repos et d'avoir le contrôle autrement la symptomatologie revient très vite, accompagnée d'une péjoration des douleurs somatiques. Devant ce tableau assez sombre, il n'est pas envisageable que M. [...] puisse retravailler, il y aurait un risque d'effondrement psychique important."

Par communication du 6 juillet 2005, l'OAI a informé l'assuré du maintien de la rente au même taux.

C. Une troisième procédure de révision a débuté en novembre 2007 suite à une dénonciation, le 19 octobre 2007, selon laquelle l'assuré travaillerait depuis plusieurs semaines sur un chantier comme maçon.

Dans un rapport du 12 novembre 2007, le Dr T._____ pose les mêmes diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il indique que l'état de santé est stable depuis dix ans, l'assuré étant en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} avril 1997.

Le 29 novembre 2007, le Dr [...] D._____, médecin généraliste FMH, diagnostique un état anxio-dépressif chronique depuis 1998 et des lombosciatalgies chroniques. Il estime l'incapacité de travail totale depuis 1998.

Le 25 février 2009, ce praticien indique que le traitement actuel consiste en une psychothérapie de soutien et du Temesta, une consultation ayant lieu toutes les trois semaines au cours de ces deux dernières années. Il précise qu'il n'y a pas de suivi psychiatrique mis en place. Il relève que l'assuré a tendance à s'isoler. Il signale de la tristesse, une perte d'intérêts et de plaisir, parfois des idées noires sans idéation suicidaire ainsi que des douleurs dorsolombaires chroniques.

Un examen rhumatologique et psychiatrique a été effectué par les Drs [...] I._____, spécialiste en médecine interne générale, et [...] A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du SMR le 26 mai 2009. Il résulte de leur rapport établi le 22 juin 2009 notamment ce qui suit :

"Status psychiatrique

L'assuré est venu en train, seul. Tenue et hygiène limites.

Discours caractérisé par une tendance à des explications dont la base de ses problèmes psychiques serait existentielle, l'assuré a tout le temps des réflexions sur sa personne. Pas de trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire d'évocation mis en évidence. Absence de trouble du cours de pensée (perte des associations) absence de trouble du contenu de la pensée (idées délirantes). Absence d'attitude d'écoute, l'assuré décrit des voix de façon occasionnelle. Tristesse exprimée avec pleurs spontanés.

Présence de ruminations existentielles sans idéation suicidaire. L'assuré décrit une mauvaise image de soi. Diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables (NB : toutefois il réalise des travaux dans sa maison).

En ce qui concerne l'avenir, s'il était dans une voiture qui va aborder un tunnel, il dit se trouver à la fin du tunnel "il voit la lumière" (N.B. : absence de sentiment de désespoir). L'appétit est conservé, il décrit une diminution de la libido. Pas de symptomatologie anxieuse type crise de panique déclenchée au cours de l'entretien."

(....)

DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- *Aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail au plan psychiatrique.*

- *Lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne à D. (M23.3)*

- sans répercussion sur la capacité de travail

- *Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4).*

- *Cervico-lombalgies dans le contexte d'un discret trouble statique et de dysbalances musculaires. (M54.9)*

- *Status post-opération du coude D et du poignet G, il y a quelques années.*

APPRECIATION DU CAS

Sur le plan ostéo-articulaire, cet assuré se plaint de douleurs multiples notamment au niveau cervico-lombaire, aux coudes et aux genoux. Basés sur une expertise pluridisciplinaire, il bénéficie d'une rente entière depuis 1997. L'examen de ce jour est demandé dans le contexte de la révision de cette rente.

Lors de cet examen, on est en face d'un homme de 41 ans, collaborant, en bon état général. Le status de médecine interne générale est dans les limites de la norme.

Le status ostéo-articulaire met en évidence un léger trouble de la statique rachidienne avec scoliose dextro-convexe et une tendance à l'hypercyphose dorsale. La mobilité est conservée, douloureuse pour l'inclinaison latérale et les rotations cervicales ainsi que la flexion lombaire. On mesure une distance doigts-sol de 15 cm, une distance doigts-orteils en position

assise de 13 cm et des indexes de Schober de 30/32 cm, respectivement 10/13 cm. La musculature cervico-scapulaire est contracturée à D, souple au niveau para-vertébral. Les masses latérales cervicales G sont douloureuses à la palpation ainsi que les apophyses épineuses dorso-lombaires.

Toutes les grandes articulations périphériques sont bien mobiles. La flexion-abduction des épaules provoque des douleurs latérales ainsi que l'extension du coude D, sous forme de tiraillements. La flexion de la hanche D et du genou D provoque des douleurs dans l'aîne, mais pas toujours. Les genoux sont calmes, les ligaments stables et il n'y a pas de signe pour une lésion ligamentaire ou méniscale. L'assuré présente des dysbalances musculaires ischio-jambières ce qui provoque un pseudo-Lasègue bilatéral. Le bord externe du pied G est sensible à la palpation, l'assuré y a aussi mal lorsqu'on fait une flexion dorsale. Il n'y a cependant pas d'empâtement ou d'autre signe objectif de pathologie.

Sur le plan fonctionnel, l'assuré arrive à marcher sur les talons et la pointe des pieds, à s'accroupir et à s'agenouiller complètement.

Le status neurologique est dans les limites de la norme, il n'y a notamment aucun déficit sensitivo-moteur rachidien ou périphérique objectivable. Les signes comportementaux sont absents.

Le dossier radiologique ne montre pas de trouble de la statique rachidienne, il n'y a pas de lésion inflammatoire ni dégénérative significative décelable. L'IRM du genou D effectué en date du 09.10.2008 montre une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne.

En résumé, cet assuré se plaint de douleurs multiples qui ne trouvent pas d'explication structurelle à l'exception d'une lésion méniscale du genou D. Le status clinique est dans les limites de la norme sans signe pour une lésion de la coiffe des rotateurs, une atteinte inflammatoire ou dégénérative articulaire. On trouve une certaine hypertonicité de la musculature cervico-scapulaire D, indolore, et d'autres dysbalances musculaires lombo-pelvi-crurales.

Le diagnostic de fibromyalgie ne peut pas être retenu étant donné que seulement 5 tender points sur les 18 décrits sont présents, le jump sign étant absent. Sur le plan ostéo-articulaire il n'y a donc aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail si ce n'est une méniscopathie, mais les genoux sont actuellement calmes. On va quand-même tenir compte de cette pathologie qui définit des limitations fonctionnelles mais qui ne justifie pas d'incapacité de travail prolongée.

Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse psychiatrique ne permet pas de constater une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensé à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail de longue durée avant fin 1995. A l'époque, suite au décès de son frère auprès duquel il se sentait proche et de la naissance de sa fille, il décrit une symptomatologie dépressive accompagnée de symptômes psychotiques (hallucinations auditives). Il va être pris en charge dans un Centre de Thérapie Brève, un traitement psychopharmacologique a été introduit (antidépresseur et neuroleptique) et dans un premier temps il a été suivi à la Consultation Sevelin, puis par le Dr [...], psychiatre privé. D'après la description donnée par l'assuré, il va arrêter le traitement pharmacologique durant son divorce et par la suite, toujours selon l'assuré, il est arrivé à mieux faire face à la vie, "à prendre les choses en main".

Ainsi, durant l'année 2005, il va établir une relation sentimentale et se marier en octobre 2006. Un fils va naître de cette union en décembre de la même année. En conséquence, une amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré suite à l'arrêt de son traitement pharmacologique (absence de rechute depuis) est constatée, ce qui lui a permis d'établir une relation sentimentale satisfaisante, se marier, avoir un enfant et finalement, en 2007, acheter une maison, sur laquelle il fait des travaux lui-même.

L'assuré décrit qu'il entend occasionnellement des voix, sa femme actuelle n'étant pas au courant, ces voix n'ont pas été à l'origine d'un dysfonctionnement social. Actuellement, l'assuré signale prendre un traitement de Xanax® 1 mg, une semaine oui et une semaine non 1 fois par jour, motif pour lequel le traitement de Xanax® 1 mg est en réserve ainsi qu'une réserve de Temesta® 1 mg (tous 2 sont des Benzodiazépines).

En conclusion, une amélioration de l'état de santé psychique peut être retenue à partir de janvier 2005. Pour ce même motif, le trouble de la personnalité retenu par l'expertise du DUPA du 21.07.1999, doit être considéré comme étant compensé à partir de début 2005, l'assuré a pu établir une relation sentimentale satisfaisante et faire des projets d'avenir (mariage, enfant et maison).

L'examen psychiatrique au SMR ne met pas en évidence une symptomatologie psychotique, anxieuse ou dépressive. Des critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensé ne sont pas constatés.

En ce qui concerne l'expertise du DUPA qui retenait un diagnostic de fibromyalgie, en tenant compte de la jurisprudence vis-à-vis d'un trouble

somatoforme douloureux dont la fibromyalgie est un équivalent, une comorbidité psychiatrique manifeste dans sa durée et son intensité n'est pas constatée à partir de janvier 2005. Selon la description donnée par l'assuré, une perte d'intégration sociale ne peut pas être retenue. Ainsi, les critères de la jurisprudence ne sont pas retenus.

Les limitations fonctionnelles

Sur le plan somatique : à cause de la lésion méniscale, il faut actuellement éviter une position statique prolongée accroupi et agenouillé ou des genuflexions à répétition. L'assuré ne peut pas effectuer de longs déplacements sur des terrains accidentés. Le port de charges est limité à 15 kg de manière occasionnelle.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de limitation fonctionnelle.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis mars 1997, d'après l'expertise du DUPA du 21.07.1999.

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

L'assuré bénéficie d'une rente entière. Cette rente n'est pas justifiée par une atteinte ostéo-articulaire.

Sur le plan psychiatrique, d'après l'anamnèse donnée par l'assuré lui-même, depuis janvier 2005 une amélioration complète peut être retenue.

Concernant la capacité de travail exigible

Sur le plan somatique, cet assuré ne présente aucune atteinte à la santé ostéo-articulaire justifiant une diminution de la capacité de travail dans une activité qui ne sollicite pas les genoux, surtout pas le genou D. La reprise d'une activité dans la maçonnerie ou l'agriculture est donc déconseillée, mais dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière.

Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail est de 100%."

Dans un rapport initial et final du 30 septembre 2009, l'OAI mentionne notamment ce qui suit :

"M. [...] est suivi par un médecin pour les problèmes physiques et par le Dr D. _____ pour les problèmes psychiques. Ce dernier n'est pas psychiatre, mais il dit être compris par ce médecin et qu'il n'a pas besoin d'un suivi par un spécialiste.

Il prend moins de médicament pour ne pas être "un zombie" selon lui, mais il ne voit pas d'amélioration de son état de santé. Il avoue arriver à mieux gérer ses journées maintenant, mais ne sait toujours pas gérer le stress. Il ne s'imagine pas pouvoir répondre aux exigences d'un employeur, car il ne

serait pas toujours présent sur son lieu de travail ou sans rendement s'il est trop mal.

Nous lui expliquons qu'il risque de perdre sa rente et que nous pouvons l'aider à reprendre progressivement un emploi, avec une première phase d'évaluation, au vu des années d'inactivité professionnelle, et d'orientation avant de proposer une aide au placement. Mais il ne change pas d'avis. De lui-même, il aborde les accusations de travail au noir qu'il nie. Il aurait seulement aidé un peu les ouvriers qui ont construit sa maison, pour se sentir utile.

M. [...] ne nous apporte pas de nouveaux éléments médicaux, nous suivons donc les conclusions du SMR et effectuons une approche théorique des gains."

Dans un projet de décision du 21 octobre 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de supprimer la rente. Il relève notamment ce qui suit :

"Résultat de nos constatations :

En date du 26 mai 2009, un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été effectué par le Service Médical Régional SMR.

Il ressort de cet examen que votre état de santé s'est amélioré depuis janvier 2005.

Bien que vous conserviez une incapacité de travail totale dans votre activité professionnelle antérieure de maçon, vous avez recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Lors de votre entretien du 30 septembre 2009 avec notre conseillère en réadaptation professionnelle, vous n'avez pas souhaité bénéficier d'une mesure d'ordre professionnel. Dès lors, nous devons procéder à une approche théorique.

Afin de déterminer le préjudice économique, et par conséquent le degré d'invalidité présenté dès 2005, le revenu que vous auriez pu obtenir en poursuivant votre activité de maçon, CHF 72'306.-, est comparé aux gains résultant de l'exercice à plein temps d'une activité lucrative adaptée.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la

statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le revenu hypothétique retenu est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services).

Ce montant doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc). Compte tenu des limitations fonctionnelles présentées, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu d'invalidé présenté s'élève ainsi à CHF 52'554.50

Le degré d'invalidité présenté dès le mois d'avril 2005, soit trois mois après l'amélioration, est calculé ainsi :

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité CHF 72'306.00

avec invalidité CHF 52'554.50

La perte de gain s'élève à CHF 19'751.50 = un degré d'invalidité de 27%.

Le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, le droit à la rente s'éteint.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La rente sera supprimée dès le premier jour du 2^{ème} mois qui suit la notification de la décision."

L'assuré a fait part de ses objections à ce projet de décision et a produit une lettre des Drs [...] et [...], ainsi que de la psychologue [...] de la CIMI (Consultation Interdisciplinaire de la Maltraitance Intrafamiliale), adressée le 9 décembre 2009 à son conseil et dont la teneur est notamment la suivante :

"Nous avons pris connaissance du rapport établi par l'office AI et nous sommes préoccupés par les conclusions de celui-ci, statuant pour une capacité de travail à 100% sur le plan psychique. Nous nous permettons de rappeler les éléments suivants :

Monsieur Z. _____ est un patient qui présente une atteinte dans sa santé psychique depuis de nombreuses années (en tout cas depuis 1995). L'expertise faite par le Dr M. _____ en 1999 conclut qu'il souffrait alors

d'anxiété généralisée avec épisodes paroxystiques, dépression sévère avec symptômes psychotiques, probable trouble de personnalité, ainsi que de fibromyalgie. Le patient n'avait alors pas la capacité de mener une vie sociale de manière stable, ce qui était accentué par des difficultés financières et, sur le plan familial, une séparation puis un divorce.

Diverses prises en charge thérapeutiques au cours de ces dernières années ont permis une certaine amélioration de la symptomatologie. L'octroi d'une rente AI, garantissant une stabilité financière, a également contribué à l'amélioration de la situation du patient sur le plan social.

Néanmoins, ayant repris le suivi avec Monsieur [...] depuis mi-octobre 2009, nous constatons la persistance d'une fragilité sur le plan psychique, les ressources intrapsychiques du patient et sa tolérance au stress étant de toute évidence limitées, faibles ressources psychiques et étant déstabilisé face à des évènements stressants. Par ailleurs, une symptomatologie dépressive et anxieuse est encore toujours présente, comprenant en particulier une tristesse, une fatigabilité, des difficultés à se projeter dans l'avenir, des troubles du sommeil et de l'appétit. Au status, la thymie est fortement abaissée, avec des pleurs durant les entretiens. Finalement, il est à relever que le patient décrit régulièrement des douleurs importantes de type chronique.

Après avoir rencontré M. [...] à quatre reprises, avoir discuté avec son précédent psychiatre et son médecin traitant, ainsi qu'avoir pris connaissance des éléments du dossier, nous nous permettons d'attirer votre attention sur le fait que tout changement intervenant dans l'équilibre actuel de sa situation, tant sur le plan médical que social, comporte le risque d'aggraver la symptomatologie décrite précédemment.

Enfin, nous estimons qu'au point de vue psychique, M. [...] ne dispose pas actuellement de la capacité d'assumer une activité en milieu non-protégé. Une activité à visée thérapeutique pourrait par contre contribuer à l'amélioration de la symptomatologie dépressive, à valoriser ses compétences relationnelles et à favoriser des liens sur le plan social."

Dans un avis médical du 25 février 2010, le Dr [...] N. _____
du SMR relève notamment ce qui suit :

"Il s'agit d'un rapport médical daté du 09.12.2009, provenant de la Consultation interdisciplinaire de la maltraitance intrafamiliale, que l'assuré a consulté à la mi-octobre 2009 et adressé à l'avocat de l'assuré. Ce rapport

n'apporte aucun élément médical nouveau. Mme [...] et le Dr [...] estime que "l'assuré ne dispose pas actuellement de la capacité d'assumer une activité en milieu non-protégé". Or, la symptomatologie décrite est superposable à celle décrite lors de l'examen psychiatrique de mai 2009 au SMR. Il s'agit dès lors d'une appréciation différente d'une même situation clinique.

Il est également relevé un risque d'une aggravation de la symptomatologie anxio-dépressive en cas de changement de la situation actuelle. Néanmoins, il s'agit là d'une hypothèse, et non d'une constatation objective.

En conclusion, il n'y a pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier l'appréciation faite dans l'avis médical SMR du 15.07.2009 suite à l'examen clinique réalisé au SMR en mai 2009."

Par décision du 8 avril 2010, l'OAI a supprimé la rente pour les motifs indiqués dans son projet de décision du 21 octobre 2009. Il a joint à cette décision une lettre datée du même jour et dont il résulte ce qui suit :

"En l'espèce, par décision du 29 novembre 1999, votre mandant a été mis au bénéfice d'une rente entière à compter du 1^{er} mars 1998.

L'octroi de cette prestation était alors essentiellement fondé sur les conclusions de l'expertise psychiatrique du 21 juillet 1999, réalisée par la Dresse [...] sous la supervision du Dr M._____. L'incapacité totale de travail était motivée par les diagnostics d'anxiété généralisée avec épisodes paroxystiques, de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, de fibromyalgie et de trouble de la personnalité.

Suite à une dénonciation selon laquelle votre client aurait travaillé comme maçon durant plusieurs semaines en 2007 lors de la construction de sa maison, nous avons entrepris une révision.

Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a alors été organisé. Selon les experts, les troubles psychiatriques présentés par Monsieur [...] sont en rémission et sa capacité de travail dans une activité adaptée doit être considérée comme entière.

Cet examen se fonde sur une étude complète du dossier, une anamnèse fouillée et un status ostéoarticulaire et psychiatrique détaillé. Les plaintes exprimées sont prises en compte et le contexte médical est précisément décrit. Les conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cet examen remplit ainsi tous les critères posés par la jurisprudence pour que pleine valeur probante lui soit reconnue.

En outre, selon la jurisprudence, l'avis de l'expert, respectivement du spécialiste, doit en principe être préféré à celui du médecin-traitant en raison des rapports de confiance qui lient ce dernier à son patient, lesquels peuvent nuire à l'appréciation objective de la situation (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; VSI 2000 p. 154 et 2001 p. 106; RCC 1988 pp. 504ss).

A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 676/05 du 13 mars 2006, consid. 2.4; I 783/05 du 18 avril 2006, consid. 2.2; I 835/05 du 29 août 2006, consid. 3.2; I 879/05 du 27 septembre 2006, consid. 3.3), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de celle-ci.

En l'espèce, les experts décrivent de manière convaincante les raisons pour lesquelles ils s'écartent de l'avis des Drs T. _____ et D. _____, dont les rapports des 12 et 29 novembre 2007 et 25 février 2009 sont pour le moins lacunaires et peu étayés.

On constate en effet que l'état de santé de Monsieur [...] s'est amélioré, sur le plan psychiatrique durant l'année 2005. Dans un premier temps, le suivi auprès du Dr [...] a été abandonné. L'assuré a ensuite pu développer une relation sentimentale satisfaisante, se marier, avoir un enfant et finalement acheter une maison.

Ces éléments, mis en relation avec l'examen clinique excluant une symptomatologie anxieuse, dépressive ou psychotique ainsi qu'un trouble de la personnalité décompensé permettent à l'évidence de retenir que l'état de santé de votre mandant a subi une importante modification, laquelle est de nature à influencer de manière significative son taux d'invalidité, il existe donc bel et bien un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

D'autre part, le rapport de la fondation éthique familiale ne permet pas de remettre en cause les constatations des experts du SMR. En effet, ce rapport ne fait état d'aucun élément médical nouveau. La symptomatologie décrite est superposable à celle décrite lors de l'examen clinique du 26 mai 2009.

Le risque de d'aggravation de la symptomatologie anxio-dépressive en cas de changement de la situation actuelle constitue une hypothèse, et non un élément médical objectif.

Au vu de tout ce qui précède, il y a lieu de constater que vos objections ne sont pas de nature à remettre en question notre position. Notre projet de décision du 21 octobre 2009 doit dès lors être confirmé."

D. Par acte du 11 mai 2010, Z. _____ a recouru contre cette décision en concluant, avec dépens, principalement à son annulation, son droit à une rente entière étant maintenu et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Il a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique). Il soutient en substance que le rapport des médecins du SMR n'est ni probant ni complet. Ceux-ci estiment que leurs constatations sont valables depuis janvier 2005 alors qu'une procédure de révision était en cours à cette époque, que les rapports médicaux produits mentionnaient une incapacité de travail totale et qu'à l'issue de celle-ci, l'OAI a maintenu la rente. Il estime en outre que 5 tender point suffisent à diagnostiquer une fibromyalgie et que "*le test de Waddell n'a apparemment pas été effectué*". Sur le plan psychiatrique, il relève que bien que posant le constat de discordance entre les plaintes subjectives du recourant et les constatations objectives, les médecins du SMR n'ont pas investigué la présence d'un trouble psychique qui l'expliquerait. L'hypothèse d'un trouble somatoforme ou dissociatif n'a pas été envisagé. Il en déduit que le rapport du SMR est incomplet. Enfin, il relève que ce rapport, datant du mois de mai 2009, ne tient pas compte du traitement psychothérapeutique mis en place dans la seconde moitié de 2009.

L'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise.

Le recourant a maintenu ses conclusions dans sa réplique et a produit une lettre des Drs [...] et [...], ainsi que de la psychologue [...] de la

CIMI, adressée le 22 juin 2010 à son conseil et dont la teneur est notamment la suivante :

"Nous avons également été informés par Monsieur [...] du courrier récent de l'office AI concernant la suppression de ses indemnités. Cette situation est très préoccupante et peut, selon nous, mettre clairement en péril le travail thérapeutique effectué depuis plusieurs années. Afin de soutenir Monsieur [...] face à la position de l'AI, que nous trouvons totalement injustifiée du point de vue médical, nous pouvons vous donner les informations suivantes :

Diagnostics :

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques probables F33.3*
- Anxiété généralisée avec épisodes paroxystiques F41.1*
- Trouble de personnalité avec des traits paranoïaques F60*
- Dislocation de la famille par séparation et divorce Z63.5*

Nous suivons Monsieur Z. _____ depuis un peu plus de 6 mois et, étant donné les pathologies psychiatriques qu'il présente, ainsi que les conséquences de ces dernières sur la vie sociale, privée et professionnelle de notre patient, nous estimons que toute reprise durable d'activité en milieu non protégé est illusoire. Une prise en charge psychiatrique a été nécessaire tout au long de ces dernières années, ce qui a permis une certaine stabilisation de sa symptomatologie. Au début du suivi dans notre service, en octobre 2009, nous avons noté des difficultés sur le plan psychiatrique qui confirment les diagnostics posés en 1999. Au fil des séances, nous avons pu observer que la fragilité et la vulnérabilité sur le plan psychiatrique sont beaucoup plus importantes qu'il y paraît au premier abord. En effet, Monsieur [...] a peu de capacités d'extériorisation, ou pourrait-on dire, a de bonnes capacités à cacher son état psychique, que ce soit à son entourage proche comme éloigné. Il en découle toutefois une grande souffrance face à laquelle il se retrouve seul, hormis les professionnels de la santé qui l'entourent. Nous observons donc de faibles ressources psychiques et, lors de stress, la pensée devient confuse, avec une tendance au refoulement et une difficulté de gestion de ses relations sociales.

Sur le plan familial, le patient présente des difficultés relationnelles présentes depuis des années, qui contribuent à maintenir la souffrance

psychologique et nécessitent un important travail thérapeutique systémique qui est actuellement en cours.

Monsieur [...] est envahi par un sentiment d'insécurité et des idées de persécution, parfois accompagnées d'hallucinations qui nous font craindre une décompensation sur un mode psychotique. La thymie est fortement abaissée. Nous constatons un sentiment de culpabilité et un effondrement émotionnel régulièrement accompagnés de pleurs durant les entretiens. La symptomatologie dépressive et anxieuse est toujours présente, avec tristesse, fatigabilité, des difficultés à se projeter dans l'avenir, d'importants troubles du sommeil et une baisse de l'appétit. Monsieur [...] présente également des idées noires, dans le cadre d'une dévalorisation et d'un manque d'estime de soi. Le patient souffre d'importantes douleurs chroniques, qui empêchent toute activité physique. On note clairement une démarche ralentie et une posture cherchant en permanence une position antalgique. Au niveau pharmacologique, nous sommes en train d'adapter son traitement sous surveillance médicale étroite, en raison de manifestations d'effets secondaires importants connues dans le passé.

Il est donc clair pour nous qu'au point de vue psychique, Monsieur [...] ne dispose pas actuellement de la capacité nécessaire pour assumer une activité en milieu non protégé. Nous recommandons donc le maintien de la rente invalidité, comme seule alternative possible, qui est nécessaire pour le maintien de l'équilibre fragile de Monsieur [...].

Une activité à visée thérapeutique pourrait être envisagée, avec comme objectif la valorisation de ses compétences relationnelles et la favorisation de ses liens sur le plan social. Il appartient à l'AI de proposer des alternatives à notre patient et d'assumer entièrement leur décision ainsi que ses éventuelles conséquences sur la santé de Monsieur [...] et sur l'équilibre de sa famille."

Dans sa duplique, l'OAI a considéré que les arguments avancés n'étaient pas de nature à modifier sa position et a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI, à moins que la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours) LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Il doit être déposé dans les 30 jours dès la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par Z. _____ contre la décision rendue le 8 avril 2010 par l'OAI.

2. a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification

sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 c. 3.5 et les références citées). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée 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 cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 c. 2.1 et les références citées).

b) En l'espèce, le litige porte sur la modification éventuelle, par la voie de la révision, du droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une amélioration de son état de santé depuis les décisions de rente des 29 novembre et 13 décembre 1999, les communications des 1^{er} février 2002 et 6 juillet 2005 n'étant pas pertinentes pour la base de comparaison déterminante dans le temps. En effet, il s'agit de simples communications sans examen matériel du droit à la rente avec constatation des faits pertinents, ni appréciation des preuves.

3. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a et la référence

citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal Fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008 c. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 c. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert, ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376 c. 6.2, 123 V 175 c. 4b et 122 V 157 c. 1c; TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 c. 2.4).

4. a) En l'espèce, sur le plan psychiatrique, les Drs G._____ et P._____ diagnostiquent le 8 juin 1998 un syndrome douloureux somatoforme persistant, une anxiété généralisée avec épisodes paroxystiques, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent. Le 11 août 1997, les Drs [...] et [...] ont diagnostiqué des troubles somatoformes douloureux persistants avec lombalgies et un état dépressif récurrent. Dans son

rapport du 21 juillet 1999, l'expert M._____ pose également les diagnostics d'anxiété généralisée avec épisodes paroxystiques, troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, fibromyalgie et trouble de la personnalité. Il a constaté la présence d'une grande fatigue dès le matin avec manque d'entrain, des phénomènes hallucinatoires semblant liés à la symptomatologie dépressive, actuellement importante (bruits, des voix, sonnette derrière la porte, image de son frère ou Dieu, cauchemars avec des serpents et des lézards ou autour de la mort).

Ces médecins ont conclu à une incapacité de travail totale et une rente entière a été allouée au recourant dès le 1^{er} mars 1998.

Les Drs I._____ et A._____ du SMR ne retiennent pas de troubles psychiques ayant des répercussions sur la capacité de travail. Ils relèvent une amélioration de l'état de santé psychique du recourant suite à l'arrêt de son traitement pharmacologique avec absence de rechute depuis, ce qui lui a permis d'établir une relation sentimentale satisfaisante, de se marier, d'avoir un enfant et finalement, en 2007, d'acheter une maison, sur laquelle il a fait des travaux lui-même. Les médecins expliquent que le recourant décrit entendre occasionnellement des voix mais que, son épouse actuelle n'étant pas au courant, elles n'ont pas été à l'origine d'un dysfonctionnement social. Ils concluent à une amélioration de l'état de santé psychique à partir de janvier 2005 et considèrent que le trouble de la personnalité retenu par l'expert M._____ est compensé à partir de début 2005, le recourant ayant pu établir une relation sentimentale satisfaisante et faire des projets d'avenir. Les Drs I._____ et A._____ relèvent enfin que l'examen psychiatrique n'a pas mis en évidence une symptomatologie psychotique, anxieuse ou dépressive, des critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensé n'étant pas constatés.

Les conclusions des médecins précités sont toutefois contredites par les constatations de plusieurs praticiens. Le Dr T._____ (rapports des 25 avril 2005 et 12 novembre 2007) indique que l'état de

santé du recourant est stationnaire, l'incapacité de travail restant totale. Le Dr [...] (rapport du 20 mai 2005), diagnostique un trouble anxieux et dépressif mixte chez une personnalité à traits immatures, narcissique et avec quelques traits paranoïaques. Il précise que régulièrement des phases où des symptômes anxio-dépressifs reviennent à la surface et que pendant ces périodes, le recourant s'isole, rumine et doit en quelque sorte recommencer à se prendre en main presque à zéro. Il mentionne certes que le recourant a rencontré une autre femme, mais que les premiers signes de conflits apparaissent. Il semble dès lors douteux qu'une amélioration de l'état de santé du recourant ait eu lieu en 2005. Le Dr D._____ diagnostique un état anxio-dépressif chronique depuis 1998 (rapport du 29 novembre 2007) et indique, le 25 février 2009, de la tristesse, une perte d'intérêts et de plaisir, parfois des idées noires sans idéation suicidaire, le recourant ayant tendance à s'isoler. S'agissant du traitement, il consiste en une psychothérapie de soutien à raison d'une consultation toutes les trois semaines. Il en résulte que si le recourant n'était pas suivi par un psychiatre, il n'en demeure pas moins qu'on ne saurait retenir qu'il n'avait aucun suivi sur le plan psychiatrique. Les avis de ces praticiens sont ainsi en contradiction avec les conclusions des médecins du SMR.

Quant aux médecins du CIMI, ils constatent au mois d'octobre 2009 la persistance d'une fragilité sur le plan psychique, les ressources intrapsychiques du recourant et sa tolérance au stress étant de toute évidence limitées, ainsi qu'une symptomatologie dépressive et anxieuse, comprenant en particulier une tristesse, une fatigabilité, des difficultés à se projeter dans l'avenir, des troubles du sommeil et de l'appétit. Au status, la thymie est fortement abaissée, avec des pleurs durant les entretiens. Le 22 juin 2010, ils diagnostiquent un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques probables, une anxiété généralisée avec épisodes paroxystiques et un trouble de personnalité avec des traits paranoïaques.

Les avis des médecins sont ainsi contradictoires sans qu'il soit possible de retenir une conclusion plutôt qu'une autre.

b) Sur le plan somatique, le Dr T._____ diagnostiquait une fibromyalgie avec un syndrome lombo-vertébral, un syndrome nuque-épaule et des douleurs multiples. Le Dr M._____ fait état d'une fibromyalgie. Les Drs [...] et [...] diagnostiquent des lombalgies tout en relevant que sur le plan purement ostéo-articulaire aucune pathologie n'était susceptible de nécessiter un arrêt de travail prolongé.

Le 15 mai 2002, le Dr [...] conclut à des signes débutants d'arthrose postérieure sur les deux derniers niveaux lombaires et à l'absence de pathologie discale visible. Le 10 septembre 2004, le Dr [...] observe, suite à une IRM du coude droit un petit kyste synovial sur le versant dorsal du carpe entre le radius distal et la base du semi-lunaire et un kyste synovial entre le pyramidal et le pisiforme. Le 20 mai 2005, le Dr [...] mentionne des douleurs ostéoarticulaires et musculaire et le Dr [...] des lombosciatalgies chroniques (rapport du 29 novembre 2007). Les Drs I._____ et A._____ diagnostiquent des cervico-lombalgies dans le contexte d'un discret trouble statique et de dysbalances musculaires, ainsi qu'un status post-opération du coude droit et du poignet gauche, il y a quelques années. Se fondant à la fois sur les examens clinique et radiologique, ils ne trouvent pas d'explication structurelle aux douleurs multiples dont se plaint le recourant à l'exception d'une lésion méniscale du genou droit. Ils relèvent que le status clinique est dans les limites de la norme sans signe pour une lésion de la coiffe des rotateurs, une atteinte inflammatoire ou dégénérative articulaire.

S'agissant du diagnostic de fibromyalgie, ils ne le retiennent pas aux motifs que seulement 5 tender points sur les 18 décrits sont présents, le jump sign étant absent. Ils n'indiquent toutefois pas combien de points doivent exister pour qu'un tel diagnostic soit retenu sur le plan médical.

c) Il résulte de ce qui précède que seule une évaluation et une appréciation globales de l'état de santé du recourant permettrait de fonder un degré d'invalidité avec pertinence. En premier lieu, il apparaît que le dossier n'est pas complet sur le plan psychiatrique de sorte qu'il

n'est pas possible de savoir s'il y a eu une modification de l'état de santé du recourant ou non. Ensuite, dès lors que s'agissant des troubles physiques, l'existence ou non d'une fibromyalgie n'est pas claire, que sur le plan de l'exigibilité, l'expert doit examiner cette affection au regard des mêmes critères que ceux en cas de troubles somatoformes, pour autant évidemment qu'il n'y ait pas de comorbidité psychiatrique grave et compte tenu que dans ce type d'affections complexes les troubles somatiques et psychiques peuvent être étroitement liés, il apparaît qu'une expertise psychiatrique ne serait pas suffisante et qu'une expertise pluridisciplinaire est nécessaire.

En conclusion, un complément d'instruction sous forme d'une expertise pluridisciplinaire doit être mis en œuvre afin d'évaluer l'état de santé de l'assuré dans sa globalité, respectivement de prendre la mesure d'une amélioration éventuelle de celui-ci, comme de sa capacité de travail résiduelle.

Il n'est pas opportun que l'autorité de recours ordonne elle-même une expertise judiciaire, ni qu'elle suspende la cause le temps que l'intimé complète l'instruction, tâche qui lui incombe au premier chef (art. 57 LAI et 69 RAI). Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne violant ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008), la solution en l'occurrence la plus expédiente consiste à admettre le recours pour le motif exposé ci-dessus, à annuler la décision attaquée et à renvoyer l'affaire à l'intimé pour qu'il procède au complément d'instruction, dans le sens des considérants, puis rende une nouvelle décision fondée sur une approche globale du cas de l'assuré.

4. En conclusion, le recours doit être admis et la décision rendue par l'OAI le 8 avril 2010 annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision.

Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA).

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens, à charge de l'office intimé, qu'il convient de fixer à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 8 avril 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour nouvelle décision après complément d'instruction au sens des considérants.
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant des dépens arrêtés à 2'500 (deux mille cinq cent) francs.
- IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Anne-Sylvie Dupont, avocate (pour Z. _____),
- 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: