

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 août 2012

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Pasche et M. Merz
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

B. _____, à Lausanne, recourant

et

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

Art. 28 al. 1 LAI, 6, 7, 8 et 17 LPGA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1951, travaillait comme électricien. Le 30 janvier 1996, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en alléguant une incapacité de travail totale depuis le 5 décembre 1995, en raison d'une maladie de Bechterew (spondylarthrite ankylosante). D'après les renseignements médicaux recueillis à l'époque par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : OAI), la maladie de Bechterew était dans une phase inflammatoire (active). Par trois décisions séparées du 30 avril 1998, l'OAI a alloué à l'assuré un quart de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} mars au 30 avril 1996, puis une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} mai au 31 mai 1996 et une rente entière d'invalidité pour la période courant dès le 1^{er} juin 1996.

Lors d'une procédure de révision du droit à la rente, le médecin rhumatologue traitant de l'assuré, le Dr C._____, a exposé dans un rapport du 7 avril 2003 qu'il ne voyait plus l'assuré qu'épisodiquement (dernière consultation le 30 janvier 2002) et que l'examen clinique était à l'époque normal, sous réserve d'une limitation lombaire. Pour sa part, l'assuré a annoncé un état de santé stationnaire, en précisant ne consommer que peu d'anti-inflammatoires non stéroïdien (AINS) en raison d'une intolérance gastrique. Dans un avis du 15 mars 2004, le Dr D._____, médecin au Service médical régional AI du Léman (ci-après : SMR) a considéré que l'évolution de la maladie de Bechterew semblait favorable. Il a recommandé la mise en oeuvre d'une expertise rhumatologique.

L'OAI a mandaté le Dr G._____, rhumatologue, pour la réalisation de cette expertise. Dans un rapport du 14 juin 2004, ce médecin a posé les diagnostics de maladie de Bechterew HLA-B27 positif, d'arthrose postérieure L5-S1, de troubles de la statique dorsale (hypercyphose), ainsi que de bronchopathie chronique obstructive (BCPO) modérée. Ces atteintes n'entraînaient pas d'incapacité de travail d'après

l'expert. Il était toutefois souhaitable que l'assuré n'ait pas de charges à porter, qu'il puisse changer de position en cours de journée et qu'il n'ait pas de mouvements répétitifs du tronc à fournir, ce qui correspondait à son ancienne activité professionnelle d'électricien.

Par décision du 17 mars 2005, l'OAI a mis fin à la rente d'invalidité allouée à l'assuré, avec effet dès le 1^{er} mai 2005.

Le 18 avril 2005, B. _____ s'est opposé à cette décision. Le 8 février 2006, il a notamment allégué souffrir d'un état dépressif sévère et suivre un traitement auprès du Dr F. _____, psychiatre. Il a produit un rapport établi le 26 janvier 2006 par ce médecin, qui indique suivre l'assuré depuis le 21 novembre 2005 en raison de "difficultés psychiques importantes". Le Dr F. _____ posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F 33.2, selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, ci-après : CIM-10), ainsi que de syndrome douloureux somatoforme persistant. L'assuré présentait une perte de l'estime de soi, un affect triste, des angoisses, une anhédonie, une perte de libido et des manifestations somatiques ainsi qu'un sentiment de culpabilité. Une évaluation selon l'échelle de Hamilton avait donné un résultat de 31 points, ce qui correspondait à un état dépressif sévère. Compte tenu également des problèmes somatiques présentés par l'assuré, l'incapacité de travail était totale. Le Dr F. _____ ajoutait que la suppression de la rente constituait, de son point de vue, une erreur. En effet, "il arrive souvent que les personnes au bénéfice d'une rente trouvent un certain équilibre, mais ceci ne dit nullement qu'elles sont guéries et la suppression de la rente ainsi que la confrontation avec le monde professionnel duquel elles ont été libérées pendant des années provoquent souvent des rechutes majeures, ce qui est exactement le cas de M. B. _____".

Dans un rapport complémentaire du 15 mars 2006, demandé par l'OAI, le Dr F. _____ a précisé que l'état dépressif datait probablement des années 2001-2002, à l'époque où l'assuré connaissait

des difficultés avec son épouse. B._____ avait alors bénéficié d'un premier soutien psychologique. Il avait également eu beaucoup de difficultés à supporter le décès de sa mère, en 1999, et à voir l'état de santé de son père se détériorer. Les symptômes dépressifs étaient probablement présents depuis le conflit conjugal, mais l'assuré avait pu trouver un équilibre et s'occuper de son père grâce à la rente de l'assurance-invalidité dont il était titulaire. La suppression de cette rente en 2005 avait provoqué une décompensation majeure avec retrait social, troubles du sommeil et angoisses, affect triste, idées suicidaires et de dévalorisation, sentiments de culpabilité et apathie.

L'OAI a convoqué l'assuré pour un examen psychiatrique par la doctoresse O._____, psychiatre au SMR le 4 septembre 2006. Dans un rapport du 5 septembre 2006, ce médecin a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F 32.4 selon la CIM-10), en rémission complète, ainsi que d'utilisation d'alcool nocive pour la santé (F 10.1 selon la CIM-10). La Dresse O._____ a réfuté le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme et a précisé que l'alcoolisme était primaire. La symptomatologie anxio-dépressive était réactionnelle à la suppression de la rente et était en rémission complète depuis le début de l'année 2006. Elle n'entraînait pas d'incapacité de travail.

Par décision sur opposition du 21 février 2008, l'OAI a maintenu la suppression de la rente avec effet au 1^{er} mai 2005.

A la suite d'un recours de l'assuré, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a annulé la décision sur opposition rendue le 21 février 2008 par l'OAI et a renvoyé la cause à cet office pour qu'il ordonne une nouvelle expertise psychiatrique et statue à nouveau.

L'OAI a repris l'instruction de la cause. Le 20 mai 2009, l'assuré lui a communiqué un rapport du 10 février 2009 du Dr N._____ attestant qu'il souffrait d'une spondylarthrite ankylosante HLA B 27. Cette atteinte entraînait les limitations fonctionnelles suivantes :

- " - Restriction fonctionnelle dans le maintien des positions statiques assise et debout prolongées, vous devriez pouvoir réaliser une activité autorisant l'alternance des positions.
- Restriction fonctionnelle dans les activités réalisées principalement sur un terrain irrégulier.
- Restriction fonctionnelle pour faire des activités qui nécessitent de se pencher continuellement en avant (position en porte-à-faux).
- Restrictions fonctionnelles dans des activités avec des rotations du tronc en position assise ou en position debout.
- Restriction dans les ports et soulèvements de charges de plus de 10 kg.
- Restriction de la tolérance à l'exposition au froid et à l'humidité (chambres froides, travail sur chantiers extérieurs)."

L'assuré a également produit un rapport du 17 février 2009 du Dr F._____, attestant que son état de santé psychique était resté pratiquement stationnaire depuis le début du suivi psychiatrique en novembre 2005. Les symptômes étaient "un peu atténués" et "Hamilton est passé de 31 en 06 à 27 aujourd'hui, mais le repli et l'isolement sont encore accentués". L'incapacité de travail restait totale et le pronostic était défavorable.

L'OAI a confié au Centre d'expertise médicale [...] ([...] SA) le soin de réaliser une nouvelle expertise psychiatrique et l'assuré a été convoqué le 7 octobre 2009 par le Dr S._____, psychiatre. Dans un rapport du 26 février 2010, ce médecin a posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11 selon la CIM-10) depuis 2005, ainsi que de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 10.25 selon la CIM-10) depuis 2005. Ces diagnostics n'entraînaient aucune limitation de la capacité de travail "si l'assuré est abstinent avec une meilleure compliance médicamenteuse. Le Dr S._____ a notamment exposé, sous la rubrique "Synthèse et discussion de l'histoire médicale" ce qui suit :

"M. B._____ est un assuré d'origine portugaise, divorcé sans enfant. Il n'a pas de formation professionnelle. Il a travaillé dans son pays, dans un secrétariat, dans une coopérative où il gérait les stocks et s'occupait de la vente, puis comme électricien, Depuis son arrivée en Suisse, il a travaillé dans le bâtiment, dans l'hôtellerie ainsi que dans un atelier d'électricité au câblage de tableaux électriques.

Lorsqu'il travaillait dans des métiers lourds, l'assuré présentait des douleurs ostéoarticulaires en particulier rachidiennes qui ont disparu lorsqu'il travaillait dans des activités plus légères. Néanmoins en 1993, les symptômes récidivent et l'on pose le diagnostic de spondylarthrite ankylosante HLA-B27.

Pour cette atteinte, l'assuré est mis au bénéfice d'une rente AI complète dès 1996. Dès lors, la situation sera stationnaire, les contrôles espacés et le traitement très léger. L'affection de base est considérée en rémission complète.

L'assuré semble avoir de la peine à situer le début des douleurs physiques (probablement début des années 90). Depuis 2005, elles seraient moins fréquentes. Elles ne sont alors pas au premier plan.

En 2004, l'AI mandate une expertise rhumatologique. La maladie de Bechterew est estimée stabilisée et calme. Il est conclu que l'exigibilité est complète dans l'activité exercée en dernier lieu comme monteur de tableaux électriques.

Sur cette base, l'AI supprime la rente en mars 2005, ce qui aurait déclenché un trouble de l'adaptation pris en charge en fin 2005 par un psychiatre (réaction dépressive : une irritabilité importante, des troubles de la concentration, des idées dépressives et des idées noires, des troubles de la mémoire et de l'orientation, cependant il peut s'occuper de son hygiène et des tâches quotidiennes). Il existe aussi d'autres facteurs de stress extérieurs tels que la séparation conjugale.

Le psychiatre avance les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de trouble somatoforme qui ne seront pas étayés de manière probante. Il traite ce trouble par un traitement de Cipralex 20 mg/j avec une évolution favorable d'après l'assuré, permettant la diminution de la posologie. Dès le début de la péjoration, l'assuré commence une consommation d'alcool nocive pour la santé qui prend la forme d'une dépendance. Depuis 2007, il aurait diminué la consommation d'alcool bien qu'elle reste actuellement quotidienne.

Un examen psychiatrique SMR retiendra un épisode dépressif sévère en rémission complète en fin 2006 ainsi qu'une utilisation d'alcool nocif pour la santé. Il est jugé qu'il n'y a pas d'atteinte psychiatrique invalidante.

L'assuré décrit après 2006 une péjoration par un retrait social, une négligence de son hygiène alimentaire, une perte d'intérêt, de plaisir et une importante perte de l'énergie vitale. Le contexte de cette péjoration est peu clair.

Entre 2007 et 2009, il y a une amélioration partielle relatée par l'assuré qui aurait disparu en 2009.

Situation actuelle :

Spontanément, l'assuré mentionne des troubles sévères de la concentration, des difficultés d'organisation et pour faire des tâches administratives, une fatigue, des difficultés à prendre des décisions liée à une énergie vitale fortement diminuée, un manque d'envie, il mentionne aussi une culpabilité, une rage occasionnelle, une confusion dans la pensée (contexte peu clair), une irritabilité importante entraînant des troubles relationnels.

A l'anamnèse orientée, il se plaint d'anxiété quotidienne avec des symptômes neurovégétatifs pour la plupart occasionnels, des tendances aux ruminations anxieuses fortement envahissantes, une nervosité, un évitement de la foule, une humeur variable. L'image de soi est négative, la confiance en soi variable, les idées dépressives présentes presque tous les jours, avec une absence de plaisirs, une libido fortement diminuée, une fatigue intense. Il y a eu

des idées de mort passives sans projet suicidaire, apparues a une reprise il y a quelques mois. L'appétit fortement diminué, il y a une perte de poids de 4 Kg depuis début 2009, des troubles du sommeil variables et légers, des troubles de la mémoire.

Dans ses activités quotidiennes, l'assuré décrit une fatigue limitant ses capacités à faire le ménage et ses déplacements, mais il est en mesure de maintenir son hygiène, il ne fait pas la lessive, car il n'a pas de lave linge, il peut cuisiner avec plaisir et jouer de la musique si on le lui demande. Il ne pourrait pas choisir les articles durant ses courses avec son ami, mais il pense à acheter un repas complet au restaurant. Les limitations ne sont donc pas sévères.

L'anamnèse indique la présence d'un épisode dépressif depuis plus de deux semaines, car il y a trois symptômes primaires : une humeur variable, mais souvent dépressive, une diminution importante de l'intérêt et du plaisir, une augmentation de la fatigabilité jugée intense par l'assuré. De plus, il existe plusieurs symptômes secondaires : une image de soi négative, une confiance en soi variable, des idées dépressives presque tous les jours, un appétit fortement diminué, des troubles du sommeil variables et légers et des troubles neurocognitifs jugés sévères par l'assuré. Bien qu'il y ait plus de quatre symptômes, la plupart ne sont pas sévères. Il y a quatre symptômes somatiques : diminution marquée de l'appétit, de l'intérêt et du plaisir et une libido fortement diminuée. Il existe donc un syndrome somatique.

En conclusion, l'épisode dépressif est d'intensité moyenne avec syndrome somatique selon l'anamnèse. Les limitations décrites dans les activités quotidiennes sont compatibles avec l'épisode dépressif moyen.

A l'examen, on observe un retard de 30 minutes, une présentation moyenne, mais il n'est pas négligé, un habillement peu soigné, une corpulence maigre, une relation peu sympathique, une tendance à se tenir la tête avec sa main, l'absence de rire ou de sourire, un léger ralentissement, un ton de la voix peu ferme.

On observe également une fatigabilité modérée. Après une heure, il demande à faire une pause se plaignant de troubles de la concentration et de céphalées mais il est pourtant en mesure de parler au téléphone pendant une dizaine de minutes.

L'observation met aussi en évidence un visage triste et fatigué, une humeur triste, un abattement modéré, une anxiété avec des tremblements importants surtout au début de l'évaluation, des idées morbides, une expression émotionnelle non fluctuante, un discours parfois peu précis, avec quelques contradictions, un processus de pensée fixé sur les mêmes plaintes dépressives, des troubles légers de l'attention et modérés de la concentration et de la mémoire.

L'examen objectif corrobore l'anamnèse, hormis la fatigabilité et les troubles neurocognitifs qui sont d'intensité modérée. De plus, la conversation téléphonique tenue pendant la pause demandée montre que les troubles dont il s'est plaint ne sont pas sévères.

En conclusion et d'un point de vue objectif, l'épisode dépressif est d'intensité modérée avec syndrome somatique.

Le dosage sanguin du Cipralax effectué le jour de l'expertise montre une mauvaise compliance médicamenteuse. De plus, le dosage du CDT dépasse largement la limite normale. Ceci confirme une consommation d'alcool active importante.

Synthèse et conclusions :

L'histoire médicale débute par une maladie physique ayant déclenché une symptomatologie douloureuse d'évolution favorable.

La péjoration psychique se situe au moment de la séparation conjugale et de la suppression de la rente AI en 2005. La réaction dépressive ou trouble de l'adaptation prend la forme d'un épisode dépressif sévère (diagnostic retenu par l'examen psychiatrique du SMR) jugé en rémission complète en 2006.

Dès 2005, il commence à boire de l'alcool en quantité importante. En 2007, cette consommation aurait diminué, mais reste quotidienne. Une dépendance à l'alcool s'est donc installée et n'aurait que diminué en intensité depuis 2007 selon l'assuré. La même année, le déménagement entraîne un isolement social. Tous ces éléments peuvent expliquer la nouvelle péjoration dépressive probablement en 2009 après une légère amélioration entre 2007 et 2008.

Actuellement, l'assuré souffre à nouveau d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et d'une dépendance à l'alcool continue confirmée par le dosage du CDT. La compliance médicamenteuse est mauvaise.

En conclusion, il existe différents facteurs extérieurs (situation sociale, mauvaise compliance médicamenteuse, dépendance à l'alcool) dont il faut tenir compte pour expliquer le début de l'épisode dépressif actuel et son maintien. De plus, cet épisode n'est que le deuxième dans le cadre du trouble dépressif récurrent, Il n'est pas sévère, n'a pas nécessité d'hospitalisation psychiatrique ou d'autres traitements antidépresseurs et une mauvaise compliance médicamenteuse. Il n'existe donc pas de processus invalidant.

La dépendance à l'alcool est secondaire mais n'entraîne pas de troubles organiques ni de troubles cognitifs invalidants. Elle n'entraîne pas d'autres troubles psychiatriques invalidants.

Nous ne retenons pas de trouble somatoforme, car ses plaintes douloureuses ont une base organique.

La capacité de travail peut être estimée complète."

Le 22 avril 2010, le Dr S. _____ a complété son rapport en précisant qu'aucun diagnostic entraînant une incapacité de travail n'avait été retenu car la dépendance à l'alcool dont souffrait l'assuré pouvait être maîtrisée et qu'une meilleure compliance médicamenteuse était exigible, ce qui permettrait une pleine capacité de travail.

Le 17 juin 2010, le Dr D. _____ du SMR a pris position sur le dossier et a notamment considéré que la dépendance à l'alcool ne pouvait pas être considérée comme secondaire, quand bien même l'assuré avait augmenté sa consommation d'alcool dès 2005 au moins, de façon réactionnelle. Le Dr D. _____ se fondait en particulier sur l'anamnèse, d'après laquelle l'assuré consommait de l'alcool depuis l'âge de 10 ans; en outre, il avait eu un retrait de permis pour conduite en état d'ébriété au Portugal, avant le premier épisode dépressif en 2005, et la consommation d'alcool constituait l'une des causes de son divorce, en 2003.

Le 30 juillet 2010, l'OAI a communiqué à l'assuré son intention de maintenir la suppression de rente au 1^{er} mai 2005. L'assuré a alors produit un rapport médical du 13 septembre 2010 du Dr F._____, dans lequel celui-ci conteste les constatations du Dr S._____. Il considère que ce dernier sous-estime la gravité de la dépression dont souffre l'assuré et accorde une importance excessive à sa consommation d'alcool.

Le 22 décembre 2010, le Dr S._____ a pris position, à la demande de l'OAI, sur les critiques émises par le Dr F._____ à l'encontre de son expertise, sans modifier ses constatations.

B. Par décision sur opposition du 24 janvier 2011, l'OAI a maintenu la suppression de rente, avec effet au 1^{er} mai 2005.

B._____ a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte du 24 février 2011, en concluant, en substance, au maintien d'une rente entière d'invalidité pour la période postérieure au 30 avril 2005. A titre préalable, il demande qu'une expertise psychiatrique judiciaire soit ordonnée. A l'appui de son recours, il a notamment produit un nouveau rapport médical du Dr F._____, adressé le 22 février 2011 à son mandataire. Le Dr F._____ y conteste à nouveau le diagnostic de dépendance à l'alcool.

L'intimé s'est déterminé le 16 mai 2011 en concluant au rejet du recours.

Le 5 juillet 2011, le recourant a maintenu ses conclusions et requis l'audition comme témoin du Dr F._____. Il précisait que son psychiatre était "outré et souhaitait s'exprimer devant votre Tribunal pour vous expliquer en quoi la position défendue par le [SMR] est médicalement erronée non seulement dans son principe, mais également quant à son application dans le cas particulier". Le recourant soulignait que l'on n'était pas "en présence de deux interprétations certes éloignées l'une de l'autre, ce sont deux conceptions médicales qui se heurtent de front. D'après ce

que m'explique le Dr F._____, il convient de poser un diagnostic sur la base de critères objectifs et non pas de justifier le résultat auquel on veut parvenir. Le Dr F._____ se fait fort de vous exposer en quoi l'analyse du [SMR] est médicalement défailante. D'après ce que je comprends, si le premier psychiatre dans cette affaire ne disposait pas de la formation nécessaire, ce sont cette fois-ci les compétences médicales qui fond défaut".

Le 11 octobre 2011, le recourant a requis l'administration d'une expertise pluridisciplinaire par le tribunal.

Le 14 octobre 2011, le juge en charge de l'instruction de la cause a rejeté les demandes de complément d'instruction déposées par le recourant. Le 16 mars 2012, il a précisé qu'un jugement devrait pouvoir être notifié dans le courant du troisième trimestre 2012.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) 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 cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité pour la période postérieure au 30 avril 2005, plus particulièrement sur le point de savoir si l'intimé a procédé à bon droit à la révision de la rente qu'il avait allouée initialement à l'assuré.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de celle année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 — partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130V 445 et les références) — , cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40 % au moins, à une demie rente s'il était invalide à 50 % au moins, à trois quart de rente s'il était invalide à 60 % au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins (RO 2003 p. 3844).

Par ailleurs, l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, prévoyait que le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40 % au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449).

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854) reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130V 343 cons. p. 345 ss). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135V 215 cons. 7 p. 228 ss). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité ("revenu hypothétique sans invalidité") avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ("revenu d'invalidé"); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4 pp 348 ss).

c) 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

En l'espèce, il ressort des rapports des Drs G._____ et N._____ que le recourant dispose désormais d'une pleine capacité de

travail dans une activité respectant les limitations décrites par le Dr N._____. L'intimé a donc considéré à juste titre que la maladie de Bechterew dont souffre le recourant n'était plus en phase inflammatoire, ce qui avait justifié l'octroi initial d'une rente entière d'invalidité. De même l'intimé a-t-il constaté de façon correcte que cette amélioration de l'état de santé était postérieure à la date de l'expertise réalisée par le Dr G._____. Le recourant ne conteste pas cet aspect de la décision entreprise, ni d'ailleurs le caractère physiquement adapté de son ancienne profession, mais soutient que son état de santé psychique s'est détérioré dès 2005, en raison d'un trouble dépressif récurrent, de gravité sévère, ainsi que d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Ces atteintes à sa santé psychique entraînent d'après lui une incapacité de travail totale, sans interruption depuis 2005. Il se réfère sur ce point aux rapports médicaux établis par son psychiatre traitant, le Dr F._____, et conteste la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du Dr S._____. Il a requis que son psychiatre traitant soit entendu comme témoin et qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée.

5. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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 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 soient bien motivées (ATF 125V 352 consid. 3 pp. 352 ss).

b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137V 210 consid. 1.3.3, 2.3, 3.4.2.7; cf. également ATF 136V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4 pp. 469 ss).

Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

c) L'art. 61 let. c LPGA prescrit au juge d'établir les faits avec la collaboration des parties et d'administrer les preuves nécessaires. Par ailleurs, la jurisprudence a déduit de l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101), notamment le droit pour le justiciable d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de

preuves pertinentes (ATF 132 V 368 consid. 3.1 p. 370). Ces dispositions ne confèrent cependant pas au justiciable un droit absolu à ce qu'un témoin soit entendu ou une expertise judiciaire effectuée: Le juge peut mettre un terme à l'instruction lorsqu'en se fondant sur une appréciation anticipée des preuves qui lui sont proposées, il parvient à la conclusion que celles-ci ne portent pas sur les faits pertinents ou ne seraient pas déterminantes, selon toute vraisemblance, pour constater ces faits (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 p. 148; TF, arrêts 8C_1 18/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.2.1 et 9C_66/2011 du 4 octobre 2011 consid. 3.3).

6. a) En l'espèce, le recourant a demandé l'audition, comme témoin, du Dr F._____. Toutefois, de nombreuses prises de position écrites par ce dernier figurent au dossier. Il a notamment exprimé son désaccord avec les constatations du Dr S._____, et s'est exprimé de manière générale sur le dossier, par lettres des 13 septembre 2010 et 22 février 2011 au mandataire du recourant. Si l'on se réfère aux raisons invoquées par le recourant pour entendre son psychiatre traitant dans sa lettre du 5 juillet 2011 à la cour de céans, il s'agit essentiellement d'entendre le témoin exprimer ses doutes sur la compétence et l'indépendance de l'expert. On ne voit toutefois pas de quelle autorité celui-ci pourrait se prévaloir pour exprimer un tel point de vue sur un confrère. Pour le surplus, dans la mesure où le Dr F._____ a déjà largement exposé, dans ses lettres au mandataire du recourant, pourquoi il estime que les constatations de l'expert sont infondées et pourquoi l'analyse du SMR est défailante à ses yeux, son témoignage lors d'une audience n'apporterait rien de nouveau au dossier, selon toute probabilité.

b) Le recourant a également demandé qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée par le tribunal. Toutefois, pour les motifs exposés au considérant 6c ci-après, l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr S._____ est probante et permet de statuer en connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction par une nouvelle expertise, étant précisé qu'aucune pièce médicale au dossier n'indique que d'un point de vue somatique, l'état de santé du recourant se serait à nouveau péjoré depuis l'expertise réalisée par le Dr G._____ et le

rapport établi par le Dr N._____. Le Dr S._____ pouvait donc procéder à son évaluation psychiatrique en connaissance de cause, pour ce qui concerne l'état de santé physique du recourant. L'interaction entre les atteintes à la santé physique et psychique de l'assuré n'est par ailleurs pas complexe au point de rendre nécessaire une évaluation de sa capacité résiduelle de travail dans une expertise pluridisciplinaire plutôt qu'en se fondant sur des évaluations de son état de santé physique, d'une part, et psychique, d'autre part, dans des rapports établis séparément.

c) Le Dr S._____ a établi son expertise en connaissance de l'anamnèse et du dossier médical de l'assuré. Il a pris en considération ses plaintes et a bien expliqué pourquoi il s'écartait des constatations de ses confrères lorsqu'il le faisait. Ses conclusions contiennent, certes, une ambiguïté lorsqu'il constate que l'assuré ne présente aucune limitation de sa capacité de travail en raison de troubles psychiques "s'[il] est abstiné avec une meilleure compliance médicamenteuse". Il précise toutefois de manière claire que cette abstinence et cette meilleure compliance sont raisonnablement exigibles de l'assuré. Il précise, en page 13 de son rapport, que la dépendance à l'alcool n'entraîne pas de trouble organique ni de troubles cognitifs invalidants, ni d'autre trouble psychiatrique invalidant, et que la capacité de travail est complète. En rapport avec la mauvaise compliance médicamenteuse, il indique également, toujours en page 13 de son rapport, que plusieurs facteurs extérieurs peuvent expliquer le début et le maintien de l'épisode dépressif actuel (situation sociale, mauvaise compliance médicamenteuse, dépendance à l'alcool). Il ajoute néanmoins qu'il ne s'agit que du deuxième épisode dans le cadre du trouble dépressif récurrent et récuse le degré de sévérité constaté par le psychiatre traitant, de sorte qu'il conclut à l'absence de processus invalidant. L'incapacité de travail a été de 100 %, puis de 50 % pendant quelques mois en 2005 et en 2009, ce qui ne permet pas de fonder le maintien du droit à une rente d'invalidité, étant précisé que la rente initiale n'avait pas été allouée en raison de troubles psychiques.

Le recourant semble considérer que le Dr S._____ a nié la gravité de son trouble dépressif essentiellement en raison du diagnostic

de dépendance à l'alcool qu'il a posé ("Pour que la dépression dont je souffre ne puisse pas être qualifiée de sévère, il faut que je sois un buveur d'habitude et de masse. Ce qui est totalement faux."). Partant, il accorde, dans son argumentation, une importance déterminante à la réfutation du diagnostic de dépendance à l'alcool. Le Dr F._____ procède de même, lorsqu'il soutient que l'expert accorde une importance exagérée au problème d'alcool, puis tente de réfuter sur deux pages, dans sa lettre du 13 septembre 2010, et sur deux nouvelles pages, dans sa lettre du 22 février 2011, le diagnostic de dépendance posé par son confrère. Or, rien n'indique que le Dr S._____ aurait accordé à ce diagnostic l'importance et la gravité que semblent retenir de l'expertise le recourant et son psychiatre traitant. Le premier diagnostic posé par le Dr S._____ est celui de trouble dépressif récurrent et l'essentiel de l'expertise est consacré à la description et à l'évaluation de la gravité de ce trouble (voir, en particulier, la "description de la situation actuelle", en pages 11 et 12 de l'expertise). Contrairement à ce que laisse entendre le recourant, l'expert ne s'est donc pas limité à constater une dépendance à l'alcool et une mauvaise compliance médicamenteuse pour nier la gravité du trouble dépressif et constater une pleine capacité de travail. Indépendamment de cela, le Dr S._____ a réfuté de manière convaincante les critiques émises par le Dr F._____ sur l'absence de pertinence du dosage du CDT (Carbohydre Defficient Transferrin) pour évaluer la consommation d'alcool. Il a ajouté que ce dosage prenait son sens et s'intégrait dans une évaluation globale de la dépendance à l'alcool, ce qui ressort d'ailleurs de l'expertise; le Dr F._____ et le recourant considèrent donc à tort que l'expert aurait exclusivement fondé ses constatations sur le résultat du dosage du CDT.

En ce qui concerne les critères permettant de juger la gravité du trouble dépressif, le Dr S._____ a pris position sur les critiques émises par le Dr F._____ dans sa lettre du 13 septembre 2011. Comme il le précise, la sévérité ou l'intensité des symptômes présentés par l'assuré doit être prise en considération pour évaluer la gravité de trouble dépressif, et pas uniquement le point de savoir si ces symptômes sont présents ou non. Dans ce contexte, le Dr S._____ est resté dans son rôle

d'expert en confrontant plusieurs allégations de l'assuré à ses constatations objectives lors de l'examen ou avec d'autres éléments de l'anamnèse, ce qui lui a permis de prendre la distance critique nécessaire. Ses constatations relatives à la gravité moyenne du trouble dépressif sont donc probantes de même que celles relatives à l'absence d'incapacité de travail prolongée pour des motifs liés à l'état de santé psychique du recourant.

7. Comme on l'a vu ci-dessus au considérant 4, le recourant ne soutient pas que les limitations constatées par les Drs G._____ et N._____ en raison d'atteintes à sa santé physique l'empêcheraient de reprendre son ancienne activité professionnelle. Il ne soutient pas davantage qu'elles l'empêcheraient de reprendre une autre activité, sans perte de gain. Partant, la décision de suppression de rente prononcée par l'intimé, avec effet au 1^{er} mai 2005, est fondée et le recours doit être rejeté.

8. Vu le sort de ses conclusions, le recourant ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ailleurs, la procédure est en principe onéreuse (art. 69 al. 1 bis LAI). Le recourant a demandé le bénéfice de l'assistance judiciaire, mais une demande d'avance de frais lui a été envoyée par erreur et il s'est acquitté de l'avance requise. Le formulaire de demande d'assistance judiciaire qu'il a rempli par la suite, à la demande du tribunal, indique qu'il est au bénéfice d'un revenu d'insertion, mais n'est accompagné d'aucune pièce justificative. Dans cette mesure, il paraît difficile de considérer son indigence comme établie. On renoncera néanmoins, exceptionnellement, à percevoir des frais de justice au regard des circonstances (art. 50 LPA-VD). L'avance de frais versée par le recourant lui sera donc restituée.

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 24 janvier 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- B. _____, à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :