

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 avril 2012

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Neu et Mme Röthenbacher
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

N. _____, à Nyon, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat
au Service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 17 al. 1 et 53 al. 2 LPGA; art. 4 LAI

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assuré), né en 1962, a déposé le 4 juin 1996 une demande de rente AI. Il exerçait l'activité d'aide-jardinier. Selon le questionnaire à l'employeur du 20 juillet 1996, l'horaire de travail était de 9 heures en moyenne par jour, 5 jours par semaine. Le salaire horaire était de 18 fr. dès le 1^{er} décembre 1994 et 19 fr. en 1996. Un 13^{ème} salaire était versé.

Le 2 juin 1995, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation alors qu'il était passager de la camionnette de son employeur conduite par un autre employé. Selon le constat d'accident simple daté du 19 juin 1995, ce dernier a déclaré qu'à l'entrée d'un virage à droite, il avait vu un animal sur le bord droit de la chaussée, qu'il avait freiné, puis escaladé la bordure en béton sise à sa droite, perdu la maîtrise de son véhicule et fait plusieurs tonneaux pour finir sa course environ 10 mètres en contrebas d'un talus, sur le toit. Le constat mentionnait également que l'assuré qui, comme son collègue, était attaché par la ceinture de sécurité, souffrait de douleurs à la jambe droite, au dos et au bras gauche ainsi que de contusions multiples, qu'il avait été transporté au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier L._____) par la Rega et qu'il était ressorti le lendemain.

Dans un rapport du 17 juin 1996, le Dr U._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique. Il a exposé que, à la suite de l'accident de circulation du 2 juin 1995, l'assuré avait été hospitalisé au Centre hospitalier L._____ pour 48 heures pour des contusions et un traumatisme crânio-cérébral (TCC) mineur et que, depuis, il était atteint de céphalées continues, de vertiges, d'intolérance aux bruits et d'irritabilité. Il a précisé que les examens cliniques étaient dans la norme et que les examens paracliniques étaient sans problèmes. Il a indiqué en outre l'échec des traitements, médicaments et psychothérapie.

L'incapacité de travail était totale depuis l'accident. A son rapport, il a joint les rapports médicaux suivants :

- un rapport du 5 juillet 1995 de la Dresse G._____, spécialiste FMH en neurologie, mentionnant notamment ce qui suit :

Discussion :

Il s'agit d'un patient sans antécédent[s] médico-chirurgicaux, qui [a] subi un accident de la circulation le 2 juin 1995. D'après l'anamnèse prise auprès du patient, on peut suspecter un traumatisme crânio-cérébral, avec en tout cas une commotion cérébrale et possiblement des contusions cérébrales probablement mineures étant donné l'absence de lésion visible sur les examens radiologiques qui ont été pratiqués.

Depuis cet accident, le patient présente une fatigue importante avec des troubles de l'humeur, et a présenté à deux reprises des malaises d'origine indéterminée. La description des malaises évoque peu une origine épileptique mais étant donné le traumatisme, malgré un status neurologique que l'on peut encore considérer dans la norme, j'ai jugé utile de faire pratiquer un électroencéphalogramme qui s'est révélé normal. Face à cette situation, je propose qu'il ne faut pas retenir une origine épileptique aux malaises présentés par ce patient.

Je pense qu'il serait judicieux d'avoir plus de renseignements sur ce qui s'est effectivement passé au Centre hospitalier L._____ afin de déterminer l'importance du traumatisme chez ce patient."

- un rapport d'examen neuropsychologique du 22 août 1995 des Drs X._____ et E._____ dont il résulte notamment ce qui suit :

Conclusion : Ce bref examen neuropsychologique, à presque deux mois d'un TCC modéré ne met pas en évidence de troubles neuropsychologiques grossiers compte tenu de la non collaboration du patient et de son comportement durant l'évaluation."

- un rapport du 5 décembre 1995 des Drs H._____ et P._____, du Service de neurologie du Centre hospitalier L._____, qui diagnostiquaient un état de stress post-traumatique et relevaient en particulier ce qui suit :

DISCUSSION

Nous sommes frappés de constater une thymie dépressive chez ce patient incapable d'introspection sur sa propre situation, présentant des troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, réveils fréquents) ainsi qu'une rumination constante d'idées en relation

avec le traumatisme vécu au mois de juin 1995. Le patient dit présenter des céphalées quotidiennes et constantes, sourdes, de localisation bi-frontale avec irradiation à l'occiput, la présence constante de cette symptomatologie l'amenant également à se remémorer de manière répétitive les différents moments de l'accident. Il décrit également présenter une peur importante lors de voyages en voiture. M. N. _____ présente par ailleurs un ensemble de symptômes de type neurovégétatifs - sensation vertigineuse avec manifestation visuelle sous forme de points lumineux, phono- et photophobie non-systématisées, perte de l'appétit... - l'ensemble de ces divers éléments anamnestiques nous amenant finalement à poser un diagnostic d'état de stress post-traumatique. Une prise en charge psychiatrique nous paraît de ce fait indiquée, étant par ailleurs conscients de la durée de la symptomatologie déjà écoulée, ainsi que du caractère quelque peu fruste de la personnalité du patient."

Dans un rapport du 15 juillet 1996, la Dresse Q. _____ d'O. _____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué que le patient avait renoncé à suivre sa thérapie et qu'elle ne l'avait plus revu depuis février 1996.

Dans son rapport d'expertise du 14 octobre 1996, le Dr V. _____, psychiatre FMH, mandaté par I. _____ (assureur-accidents), a notamment mentionné ce qui suit :

"DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

[...]

Sur le plan clinique, il faut surtout parler des troubles post-traumatiques dus au stress, car l'assuré présente tous les éléments nécessaires à ce diagnostic d'après les critères aussi bien du CIM 10 que du DSM-III-R, ainsi que d'un syndrome post commotionnel. Ce qui prime d'après nous, c'est l'aspect "troubles post-traumatiques dus au stress", même si à l'heure actuelle l'aspect intrusif nocturne et diurne s'est estompé, pour ne pas dire qu'il a disparu.

[...]

DIAGNOSTIC

Selon CIM 10 :

Etat de stress post-traumatique F 43-1
Syndrome post-commotionnel F 07-2

[...]

DISCUSSION GENERALE

Sur le plan de l'aspect clinique, la situation de M. N. _____ ne pose pas de problèmes particuliers.

La question qui se pose est de savoir s'il y a eu des facteurs pré- ou péri-accident qui ont pu influencer l'apparition de ses troubles.

Un autre problème est le pronostic sur le plan médical et concernant la capacité d'exercer une activité lucrative, ainsi que les éventuelles mesures pouvant être proposées sur le plan médical et/ou réadaptatif.

Tenant compte de tous les éléments à notre disposition, nous ne pouvons pas parler d'un état maladif préexistant à son accident.

Il est vrai que, pour un non-spécialiste, il paraît y avoir un décalage entre l'importance du traumatisme crânio-cérébral qui ne paraît pas en somme avoir été majeur (pas de perte de connaissance prolongée, de très longue amnésie post-traumatique, et/ou d'une modification précoce ou plus tardive importante sur le plan de la neuro-imagerie) et la persistance des troubles et son impossibilité actuelle à exercer une activité lucrative.

Néanmoins, si on tient compte des particularités de la biomécanique de l'accident (nous rappelons qu'il s'agit d'une voiture qui a fait plusieurs tonneaux avant de s'arrêter sur le toit), même si la personne était attachée, donc solidaire avec la voiture, il faut se rappeler que, pour des raisons tenant à des particularités biomécaniques du crâne et de son contenu, dans ce type de traumatisme les mouvements de torsion et d'oscillation coronale sont certainement importants et qu'ils ne sont pas empêchés par l'utilisation de la ceinture de sécurité. On comprend alors aisément que des micro/ ou mini-contusions cérébrales par des micro-hémorragies punctiformes localisées et/ou élongation axonale sont assez probables.

Toute la littérature récente neuro-traumatologique attire l'attention sur cet aspect présent souvent aussi lors des traumatismes crânio-cérébraux mineurs ou modérés, à condition de la présence de certaines particularités biomécaniques.

Ainsi que nous l'avons dit dans la **discussion diagnostique**, les signes irritatifs cérébraux précoces post-traumatiques, la corrélation entre les particularités de l'image I.R.M. et l'a[s]ymétrie décrite sur le plan moteur, même si très discrète, sont assez frappants pour retenir l'éventualité, même la probabilité d'une atteinte cérébrale organique, bien que, très vraisemblablement réduite et localisée.

Cela ne veut pas dire que les modifications cliniques décrites n'auraient pas pu exister sans cela, car elles correspondent à ce qu'on connaît sur le plan des troubles post-traumatiques dus au stress et aux troubles post-commotionnels dits subjectifs.

L'importance de la présence probable d'une atteinte organique a cependant son importance sur le plan pronostique et thérapeutique.

Dans le cas de M. N. _____, il ne faut évidemment pas oublier un élément important hors traumatisme sur le plan thérapeutique et pronostique qui est celui de sa capacité communicative inadéquate, de sa personnalité peu différenciée, de sa désinsertion socio-culturelle.

Ces aspects peuvent produire d'une part des réactions qu'on risque de considérer comme des manifestations sinon de simulation, d'aggravation et aussi d'augmenter de beaucoup son niveau d'inquiétude, avec toutes les conséquences de potentialisation réciproque entre cela et son tableau clinique que de rendre la prise en charge difficile, voire aléatoire.

Sur un plan idéal, on peut dire que, s'il était plus différencié, avec de meilleurs moyens de communication, plus de ressources internes et sans sa désinsertion socio-culturelle, on pourrait envisager une stratégie thérapeutique satisfaisante pour ses troubles. Cela n'est cependant pas tout à fait réel car, même dans ces conditions là, les troubles post-traumatiques dus au stress sont souvent difficiles à traiter, et ont un pronostic parfois réservé, pouvant aboutir à des problèmes dépressifs chroniques, de toxicomanie à base iatrogène ou éthylisme, et même à des actions auto-agressives.

Les troubles post-commotionnels ont un meilleur pronostic, tout en pouvant être plus prolongés qu'on le pensait jadis, étant parfois associés, comme nous l'avons mentionné, à une atteinte organique très discrète mais néanmoins présente.

L'un dans l'autre, après ce qui a été considéré comme un échec des mesures thérapeutiques une année après l'accident, où en est-on ? que peut-on faire ? à quoi faut-il s'attendre ?

Nous ne pensons pas qu'on puisse réellement parler d'un échec thérapeutique car, s'il y eût des essais thérapeutiques, ils furent inadéquats. D'une part, il faut comprendre qu'on ne peut pas faire une psychothérapie, même au niveau d'un soutien à travers un interprète, deuxièmement que même si on avait un thérapeute parlant l'albanais au degré de différenciation réduit de la personnalité de l'assuré, de l'importance que le corps prend dans la mentalité particulière à cette culture et, pour quelqu'un qui exerce une profession manuelle, une approche psychothérapique n'avait, selon nous, pas de grandes chances de succès, pour ne pas dire quasi aucune.

Sur le plan médicamenteux, il existe, à l'heure actuelle, deux médicaments seulement qui ont donné des résultats partiels chez un certain nombre de patients souffrant de troubles post-traumatiques dus au stress. Il s'agit de l'AMITRIPTYLINE (Sarotène ou Tryptizol) et de la FLUOXETINE (Fluctine).

Ce qui pourrait aussi être envisagé pour l'assuré, vu sa grande irritabilité, voire son agressivité, ses décharges paroxystiques cérébrales, serait de lui administrer de la CARBAMAZEPINE (Tégrétol) à des doses entre 400 et 600 mg par jour, de préférence sous une forme retard.

Il faut encore attirer l'attention sur le plan médicamenteux du danger de certains médicaments anti-douleurs, de type **TRAMAL**, pour des raisons sur lesquelles nous n'insistons pa[s] car elles sont évidentes, même si parfois ignorées.

Tout cela devrait évidemment être fait dans le cadre d'un soutien global, d'une manière acceptable pour lui et sa famille, de lui et de sa femme. Il est important que quelqu'un, de préférence un travailleur social, connaissant l'albanais et/ou le serbo-croate que l'assuré doit probablement aussi parler (comme son épouse) suive

de près, avec doigté, la situation de l'assuré, du couple, de la famille.

Une approche à travers le corps peut aussi apporter des bénéfices.

Néanmoins, il n'est pas dit que, sur le plan de l'exercice d'une activité lucrative, les résultats soient rapides, visibles, importants. Tout comme on ne peut pas parler de bonne ou de mauvaise volonté chez quelqu'un avec le type de troubles qu'il présente et dans les conditions socio-culturelles dans lesquelles il se trouve.

A l'heure actuelle, une éventuelle réorientation professionnelle nous paraît aléatoire vu la situation clinique, et à plus longue échéance hélas aussi plus ou moins aléatoire, l'assuré n'ayant pas les ressources pour être réorienté vers une profession demandant moins d'efforts, moins de mouvements avec la tête, moins manuelle en général que celle d'aide jardinier qu'il a exercée jusqu'au moment de l'accident.

Dans l'ensemble, nous considérons donc que le pronostic reste assez réservé.

Une année à peu près après la mise en place des mesures thérapeutiques proposées, il faudrait refaire un bilan éventuellement au moment respectif faire un examen de neuro-imagerie fonctionnelle (SPECT), et reconsidérer la situation dans ses perspectives.

Nous craignons qu'au-delà de ce délai (deux ans après l'accident), il est peu probable qu'on puisse s'attendre encore à des améliorations, même si, comme nous l'avons déjà dit, on met en place le dispositif et les mesures suggérés."

Dans un rapport du 6 janvier 1997, le Dr R._____, médecin-conseil de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), a indiqué une atteinte invalidante actuellement, mais susceptible d'amélioration, le syndrome post-traumatique étant une affection qui pouvait guérir. Il prévoyait une révision dans une année avec une expertise psychiatrique à ce moment.

Par décision du 8 avril 1997, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 1996.

Mandatés également par I._____, le Dr T._____, psychiatre FMH, et K._____, psychologue FSP, ont établi un rapport d'expertise le 15 décembre 1997. Ils ont notamment rappelé que l'assuré était également suivi par la Dresse Q._____ qui notait dans un rapport de janvier 1996 que le patient continuait à se plaindre de céphalées, de

fatigue, de malaises sans perte de connaissance et surtout d'insomnie, de cauchemars, de troubles de l'humeur, de fatigue qui évoquaient un syndrome post-traumatique motivant son suivi à O._____, cette praticienne posant les diagnostics de :

Status post traumatisme crânio-cérébral.

Malaise d'origine indéterminée.

Etat de stress post-traumatique F43.1 (CIM-10).

Syndrome post-commotionnel F07-2 (CIM-10).

Il résulte en outre de ce rapport ce qui suit :

“Conclusions :

En se basant d'une part sur les données objectives du dossier et d'autre part sur nos propres constatations, il apparaît que la symptomatologie est surtout subjective, que les constatations objectives manquent, que la personnalité est compensée, qu'il y a la présence de traits caractériels, que la collaboration est mauvaise [et ne peut pas être mise sur le compte d'une particularité culturelle !].

Notre entretien clinique et le test de Rorschach parlent nettement en faveur d'une exagération consciente, l'ensemble fait supposer la présence probable d'un processus de revendication, appelé autrefois également sinistrose, ou selon la CIM-10 névrose de compensation (F68.0). Cette situation suffit pour expliquer la persistance de la symptomatologie. Ce type de processus prend son origine avant l'événement accidentel, et il est à considérer dans le cadre de problèmes sociaux qui dépassent la simple problématique psychologique. Dans ce cas on parle volontiers d'un problème d'incompétence sociale, le fait que la personnalité soit compensée laisse supposer une part de simulation consciente probable. Il est certain que, pour qu'une telle problématique se développe, il doit y avoir une capacité d'adaptation faible, le processus se développe donc sur un fond de trouble de l'adaptation, mais non pas selon la CIM-10 (F43.2). Celle-ci dit en effet qu'*il s'agit d'états de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un événement stressant. .../...*

La prédisposition et la vulnérabilité individuelles jouent un rôle dans la survenue de ce trouble et de sa symptomatologie; on admet toutefois que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress en cause. Ses manifestations sont variables et comprennent : une humeur dépressive, une anxiété, une inquiétude (ou l'association de ces manifestations), un sentiment d'incapacité à faire face, à faire des projets, ou supporter la situation actuelle, ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement quotidien.

Cette description ne correspond que partiellement à celle présentée par le patient, il faut, pour nous, entendre trouble de l'adaptation plus comme un trouble cognitif que vraiment psychiatrique. Les difficultés sont ainsi à rechercher au niveau des processus d'assimilation (au sens piagétien strict du terme), le processus d'équilibration qui pourrait permettre une réaction plus adéquate n'est pas en mesure de se faire. Enfin, l'observation montre que des problèmes sociaux vont souvent de pair avec les processus de revendication.

[...] **Diagnostic**

Processus de revendication dans le cadre d'une personnalité borderline compensée, aux traits caractériels."

Le Dr T. _____ et la psychologue K. _____ estimaient qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé mentale au sens strict du terme, la capacité de travail étant objectivement entière, et que la situation n'allait pas évoluer.

B. Dans un questionnaire pour la révision de la rente signé le 12 mai 1999, l'assuré a notamment indiqué que son état de santé était toujours le même.

Le 18 mai 1999, le Dr U. _____ a posé le diagnostic de status après TCC, les plaintes étant toujours identiques (céphalées, vertiges, insensibilité, troubles de la concentration). Il a mentionné un traitement antalgique constitué par la prise de Dafalgan et de Tramal et un traitement antidépresseur par du Seropram. Il a estimé l'incapacité de travail totale depuis le 2 juin 1995.

Mandatés par l'OAI, les Drs W. _____ et C. _____, du Secteur psychiatrique [...] du canton de Vaud, ont déposé leur rapport d'expertise le 6 juin 2001, dont il résulte notamment ce qui suit :

"2. Indications subjectives de l'assuré.

Malgré la difficulté d'établir le contact avec le patient, nous pouvons retenir les éléments suivants.

Le patient ne trouve pas de changement significatif à son état de santé depuis son accident de 1995. Il souffre toujours de céphalées en casque permanentes, de vertiges et d'acouphènes, soulagées modérément par les différentes médications prescrites. Il supporte

difficilement la lumière et le bruit. Il se sent fatigué et irritable toute la journée. Il reste le plus souvent à la maison et n'a aucun loisir ni aucune activité sociale. Il a des troubles de l'appétit et du sommeil.

3. Constatations objectives

M. N. _____ a une présentation moyenne, il est mal rasé. Il présente quelques difficultés à la marche, Le contact est très difficile à établir. Son visage est crispé, les sourcils froncés, la mâchoire serrée. Souvent il se tord les mains, ou passe une main sur le front. Il change souvent de position dans son siège. Il évite le regard de l'interlocuteur, ainsi que les sources de lumière. La collaboration est mauvaise. Le contenu de son récit est extrêmement pauvre en information. L'expression verbale spontanée est nulle. Il ne répond pas toujours aux questions, mêmes aux questions les plus banales, et quand il le fait c'est souvent après un temps de latence très long. Et ses réponses sont excessivement courtes, avec parfois des persévérations verbales. Presque à chaque entretien, il tient à prendre un comprimé de TRAMAL, sans formuler explicitement la raison. Il montre peu d'investissement dans l'entretien : il n'exprime aucun sentiment et ne fournit aucune réflexion personnelle aussi bien sur ce qu'il vit ou ce qu'il fait, que sur la procédure d'expertise actuelle à laquelle il est soumis. La thymie est difficile à évaluer. Il n'y a pas d'idéation suicidaire verbalisée. Il paraît fruste et ses capacités d'introspection sont inexistantes.

Examen psychologique

Un examen psychologique (TAT, Rorschach, WAISS) a été tenté et s'est soldé par un échec, l'expertisé ne répondant pas aux questions les plus banales et ne s'intéressant pas aux planches que la psychologue lui présente. Il se montre par ailleurs démonstratif.

Discussion

Il faut tout d'abord signaler que le travail des experts est rendu extrêmement difficile dans la mesure où ceux-ci se trouvent en face d'un expertisé très peu collaborant qui ne donne pratiquement aucune information. Il se montre essentiellement démonstratif et centré sur sa souffrance physique, se présentant comme un invalide grave, sans revendication particulière. Extrêmement passif, il oblige les autres à agir à sa place.

Sans revenir sur les expertises pertinentes déjà effectuées par les docteurs V. _____ et T. _____, il est très probable que l'expertisé a présenté un état de stress post-traumatique et un traumatisme crânio-cérébral léger qui se sont compliqués progressivement en raison des faibles ressources de l'expertisé sur le plan affectif, cognitif et socio-culturel d'une névrose de compensation selon la CIM-10, le débat des experts et des médecins ne faisant que renforcer celle-ci.

La très faible collaboration de l'expertisé ainsi que son comportement non verbal nous donnent l'impression que l'expertisé veut en finir au plus vite avec les entretiens. Par ailleurs, le fait qu'il ne pose aucune question ni ne fait aucune allusion sur ce qui pourrait améliorer sa situation et sur l'enjeu de la présente expertise nous laisse penser que l'expertisé

éprouve de la méfiance voire même qu'il vit cette expertise sur un mode persécutoire ; cette expertise étant probablement perçue comme le moyen d'une remise en cause de la rente et donc de la réparation de sa souffrance.

4. Diagnostics

Etat de stress post-traumatique
Névrose de compensation (CIM-10 F680)"

Les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assuré avait subi une réduction de 75% après l'accident, qu'elle n'avait par la suite pas pu être améliorée et qu'elle ne s'améliorerait probablement pas. Ils ont ajouté qu'il n'y avait pas de capacité de travail exigible.

Dans un avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 18 avril 2002, les Drs J._____ et R._____ ont mentionné ce qui suit :

"3^{ème} expertise psychiatrique demandée dans le cadre d'un recours contre tiers responsable, avec avis diamétralement opposés des deux précédentes expertises en ce qui concerne l'existence ou non d'une atteinte psychique préexistante.

Cette expertise met en évidence un assuré replié sur lui-même, ne donnant que très peu de renseignements et de réponses, figé, chez qui les tests psychologiques sont impossibles à faire. La présentation clinique lors de cette expertise est encore plus prononcée que lors des deux précédentes.

Selon l'avis du Dr J._____, psychiatre au SMR, les diagnostics posés dans cette dernière expertise sont admissibles.

Concernant l'existence d'une pathologie préexistante : [r]ien ne permet d'admettre l'existence d'une telle atteinte étant donné qu'il n'existe aucun élément anamnestique permettant de suggérer la présence d'une telle pathologie avant l'accident.
L'avis du Dr T._____ à ce sujet repose sur des hypothèses, impossibles à vérifier.

Conclusions :

- Atteintes psychiques invalidantes.
- Cette atteinte est consécutive à l'accident."

Dans une fiche d'examen du dossier n° 4 établie le 22 avril 2002, l'OAI, se référant à l'avis précité, a mentionné qu'il y avait lieu de maintenir la rente.

Par communication du 22 avril 2002, l'OAI a informé l'assuré que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et qu'il continuait à bénéficier de la même rente.

C. Dans un questionnaire pour la révision de la rente signé le 28 avril 2005, l'assuré a notamment indiqué que son état de santé était toujours le même.

Le 22 mai 2005, le Dr U. _____ a écrit que la situation actuelle était la même que celle décrite dans son rapport de 1999, l'assuré présentant toujours les mêmes plaintes (céphalées, troubles du sommeil, sensations vertigineuses, insensibilité, agression par les bruits, nervosité). Cette situation lui semblait difficilement pouvoir s'améliorer et un essai de réadaptation lui paraissait illusoire.

La Dresse S. _____ du SMR, psychiatre FMH, a examiné l'assuré le 29 septembre 2006. Il résulte de son rapport du 6 octobre 2006 notamment ce qui suit :

"STATUS PSYCHIATRIQUE

Assuré arrivant accompagné de son épouse. L'allure est peu soignée : l'assuré n'est pas rasé, ses yeux sont tuméfiés, rougis. Ces tuméfaction et rougeurs disparaîtront en quelques minutes, à mesure de l'entretien. L'assuré se mobilise après qu'on l'ait invité à plusieurs reprises de se rendre en salle d'entretien ; le déplacement est lent mais aucun mouvement antalgique n'est décelé. La position assise est parfaitement stable sur la chaise durant une heure d'entretien. A noter que l'assuré s'assoit spontanément face à la fenêtre, le ciel est radieux, aucun signe de photophobie n'est décelé. Le discours à voix haute de la part de l'expert ne semble pas du tout le déranger; au contraire, l'assuré ne semble répondre que lorsqu'on lui parle fort.

L'assuré ne regarde pas son interlocuteur en face et n'a aucun discours spontané. La connaissance du français est bonne, le traducteur n'est pas sollicité. L'assuré attend qu'on lui ait posé la même question une 2^{ème} voire une 3^{ème} fois pour répondre. Les réponses sont évasives, essentiellement constituées par des « je ne sais pas ». La collaboration est visiblement très mauvaise, mais lorsqu'on demande à l'assuré s'il veut bien collaborer, il dit oui, mais continue à ne pas répondre aux questions sauf parfois après insistance. Quelques pointes d'humour apparaissent, lorsque notamment on lui pose la question comment il est venu en Suisse

depuis le Kosovo, et il répond : à pied. Aucun signe de déficit intellectuel majeur n'a été décelé, car l'assuré comprend très bien des phrases complexes et peut suivre les raisonnements qui sont établis à haute voix devant lui. Aucun élément de la lignée anxieuse n'a été décelé. Il n'y a pas de trouble du cours de la pensée.

Du point de vue des éléments de la lignée dépressive, la psychomotricité est vive malgré une motricité extrêmement ralentie. La thymie est abattue, non réactive. L'appétit est décrit comme bon, le sommeil comme excellent. La perception de l'avenir est élaborable (notamment lorsqu'on lui pose des questions concernant des projets de ses enfants). Il n'y a aucun trouble de l'attention ni de la concentration hormis ceux dont l'assuré détient la maîtrise. L'image de soi est bonne, l'assuré se décrit comme quelqu'un de gentil. Il n'y a pas de sentiment de culpabilité et pas d'anhédonie, pas d'idéation suicidaire et la fatigabilité correspond plutôt à une nonchalance.

Concernant les critères d'un éventuel syndrome de stress post traumatique, l'assuré ne se perçoit pas actuellement comme confronté à sa propre mort, il n'y a pas de reviviscences répétées des événements, pas [de] souvenirs envahissants, pas de cauchemars, pas d'anhédonie, pas d'évitement des activités évoquant le souvenir du traumatisme (l'assuré conduit), pas de sentiment d'être sur le qui-vive ni de toxicomanie. Les notions d'anesthésie psychique, émoussement émotionnel et détachement par rapport aux autres ne sont pas spécifiques et dans ce contexte, n'ont pas été attribués à un syndrome de stress post traumatique.

Aucun élément évocateur d'une atteinte du registre psychotique ni d'un trouble décompensé de la personnalité n'a été décelé.

DIAGNOSTIC

- avec répercussion sur la capacité de travail :

- **AUCUN SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE (F71.1)**

- sans répercussion sur la capacité de travail :

- **MAJORATION DE TROUBLES PHYSIQUES POUR DES RAISONS PSYCHOLOGIQUES (F68.0) AVEC MAUVAISE COLLABORATION ET AUCUNE ATTITUDE VISANT À RÉDUIRE LE DOMMAGE.**

APPR[É]CIATION DU CAS

Il s'agit d'un assuré âgé de 44 ans, d'origine kosovare, en Suisse depuis 1987. Sans formation professionnelle spécifique, il travaille comme aide-jardinier depuis 1987 jusqu'à un accident de circulation qui a lieu le 02.06.1995. Malgré des investigations somatiques, aucune atteinte à la santé d'ordre physique n'est décelée. L'assuré est au bénéfice d'une rente entière AI dès juin 1996, avec des diagnostics de syndrome post traumatique et commotionnel, processus de revendication dans le cadre d'une personnalité borderline aux traits caractériels et névrose de compensation.

L'appréciation de ce jour met en évidence un assuré qui a incontestablement des compétences psychiques : il n'y a pas de problème de déficit intellectuel, l'examen de ce jour ne met en évidence aucun signe de syndrome de stress post traumatique ni d'une modification de la personnalité après une expérience de catastrophe qui puisse avoir un caractère invalidant. Sa collaboration est très mauvaise, une attitude massivement régressive est mise en avant. Il n'y a actuellement pas de phono- ni de photophobie. L'assuré ne formule aucune plainte.

L'appréciation de ce jour montre un assuré qui ne fait strictement rien pour réduire le dommage, il n'a pas de suivi psychiatrique, ne prend pas de médicament psychotrope et nous montre l'image d'un individu qui veut ne pas pouvoir et non pas qui ne peut pas. L'exagération de ses symptômes prend une allure grotesque lorsque, notamment, il fait semblant de marcher sur ses lunettes qu'il a précautionneusement laissé tomber au sol. Avec son attitude régressive, il s'est totalement déconditionné du point de vue psychique et physique, mais il ne souffre d'aucune atteinte psychiatrique à la santé qui pourrait porter préjudice à sa capacité de travail.

A ce titre, les appréciations des expertises rédigées préalablement n'apparaissent plus comme contradictoires : il est possible que l'assuré ait souffert d'un syndrome de stress post traumatique, mais celui-ci ne peut plus être pris en considération 11 ans après l'accident. Etant donné que l'expertise rédigée le 06.06.2001 signée par les Drs W. _____ et C. _____ met en évidence une majoration de troubles physiques pour des raisons psychologiques et ne mentionne plus de symptômes d'un état de stress post traumatique, on doit considérer qu'en tous cas en juin 2001, ce syndrome n'est plus perceptible. L'assuré n'a donc plus de diagnostic d'atteinte invalidante à la santé depuis juin 2001.

Lorsque dans cette même expertise, il est mentionné que l'assuré ne pourra plus reprendre d'activité professionnelle, cette appréciation est parfaitement crédible, mais ne s'appuie pas sur des motivations médicales. L'assuré ne retravaillera vraisemblablement plus, mais pas parce qu'il a une atteinte invalidante à la santé. Les raisons de sa non activité professionnelle sont strictement tributaires de sa volonté.

Les limitations fonctionnelles : outre un déconditionnement massif tributaire de la volonté de l'assuré, il n'y a aucune limitation fonctionnelle quant à une reprise d'activité professionnelle chez cet assuré.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? L'assuré est au bénéfice d'une rente AI complète depuis juin 1996 pour un syndrome post traumatique et commotionnel en relation avec un accident de juin 1995. Il a donc été considéré à l'époque comme totalement incapable de travailler, ceci pour des raisons psychiatriques.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Si l'on s'appuie sur l'expertise rédigée le 06.06.2001 par les Drs W. _____ et C. _____, l'assuré n'a à cette époque plus de

symptôme évoquant ce diagnostic de syndrome post traumatique et commotionnel. On doit donc considérer qu'il est guéri depuis lors, il n'a plus d'atteinte psychiatrique à la santé dès juin 2001. Le fait qu'il soit mentionné dans l'expertise que l'assuré ne retravaillera plus est certes crédible, mais ce n'est pas pour des raisons médicales.

Concernant la capacité de travail exigible, du point de vue strictement médical, l'assuré a une pleine capacité de travail exigible.

CAPACIT[É] DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE (AIDE-JARDINIER) : 100% SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100% SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE.
DEPUIS JUIN 2001."

Dans un avis médical du 19 octobre 2006, le Dr B._____ du SMR a notamment relevé ce qui suit :

"Actuellement, l'état de santé de l'assuré est identique à celui de juin 2001 [...] avec encore quelques améliorations (plus de photo- ni de phonophobie, sens de l'humour, mise en évidence d'une perception positive de l'avenir [en ce qui concerne ses enfants], disparition définitive de la notion de stress post-traumatique suite à accident de la circulation puisque l'assuré conduit lui-même sa voiture, capacité qui contraste franchement avec l'image de ralentissement moteur très important qu'il donne lors de l'examen[]).

Aussi, nous estimons, avec la Dresse S._____, que l'assuré présente une amélioration de son état de santé, au moins depuis juin 2001 et que sa capacité de travail comme aide-jardinier ou toute activité adaptée est de 100% depuis cette époque."

Dans un projet de décision du 10 décembre 2008, considérant l'amélioration de l'état de santé de l'assuré constatée par la Dresse S._____ lui reconnaissant une pleine capacité de travail, l'OAI a informé l'intéressé de la suppression de la rente le 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision.

Le Dr U._____ a rédigé un certificat médical le 12 janvier 2009 selon lequel les plaintes actuelles de l'assuré étaient identiques à la situation décrite lors de l'expertise de 2001. Ce médecin a relevé qu'il n'y avait pas d'évolution notable de l'état de santé de son patient et qu'une amélioration ne lui semblait pas envisageable. Le traitement actuel était

médicamenteux, antalgique (Tramadol) et antivertigineux (Stugeron). Il a ajouté que l'assuré n'avait pas d'activité professionnelle actuellement.

L'assuré s'est opposé au projet de décision susmentionné par acte du 23 janvier 2009, en demandant à continuer à être mis au bénéfice d'une rente entière.

Par décision du 11 mai 2009, l'OAI a supprimé la rente dès le 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision. Il a en outre adressé à l'assuré une lettre datée du même jour et faisant partie intégrante de la décision dont la teneur est la suivante :

"[...]

A la lecture du rapport d'examen clinique, nous constatons que le médecin psychiatre du SMR explique clairement en quoi les critères pour retenir le diagnostic de syndrome de stress post traumatique ne sont plus présents. Il est notamment précisé en page 3 que vous ne présentez plus de reviviscences répétées des événements, pas de souvenirs envahissants, pas de cauchemars, pas d'anhédonie et pas d'évitement des activités évoquant le traumatisme du fait que vous conduisez de nouveau. Il est donc faux d'affirmer que le médecin du SMR n'a pas décrit en quoi les caractéristiques d'un état de stress post traumatique n'étaient plus présentes dans votre situation.

Pour le surplus, l'examen clinique SMR a permis de démontrer que vous ne présentiez plus de symptomatologie psychiatrique mais seulement une majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques, affection qui ne constitue pas une atteinte à la santé invalidante.

Compte tenu de ce qui précède, nous maintenons que votre état de santé s'est amélioré depuis la décision initiale d'octroi de rente. Une révision de votre degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA était dès lors parfaitement justifiée.

Le fait que le SMR se soit désormais distancé des conclusions de l'expertise des Drs W._____ et C._____ réalisée en 2001, alors que celles-ci avaient dans un premier temps été admises par ce dernier (v. avis médical SMR du 18 avril 2002), n'est à notre avis pas de nature à remettre en doute ce point. Par ailleurs, le regard critique désormais posé par le SMR à l'encontre de cette précédente expertise a simplement permis au médecin du SMR d'appuyer ses propres constatations faites lors de son examen clinique.

De plus, le point de savoir si un changement s'est produit (notamment une amélioration de l'état de santé) au sens de l'art. 17 LPGA doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se

présentaient au moment de la décision initiale d'octroi de rente et les circonstances prévalant au moment de la décision de révision.

Dans votre situation, il n'est pas contesté que vous présentiez, lors de la décision initiale d'octroi de rente, un état de stress post traumatique justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité. L'examen clinique SMR du 29 septembre 2006 a toutefois clairement démontré que votre état de santé s'était par la suite amélioré vu que la pathologie, fondant l'octroi de votre rente, n'était plus présente.

A noter que le certificat médical du 12 janvier 2009 émanant du Dr U. _____ et transmis à l'appui de votre contestation n'est pas de nature à remettre en cause [cet] élément.

En conclusion, nous estimons que votre situation a fait l'objet d'une instruction médicale complète et cohérente qui a permis à l'administration de rendre sa décision en toute connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de mettre en place une nouvelle expertise psychiatrique telle que sollicitée.

Au vu de tout ce qui précède, nous considérons que les arguments avancés dans le cadre de l'audition ne sauraient être de nature à modifier notre position et le projet incriminé du 10 décembre 2008 doit être entièrement confirmé."

D. Le 10 juin 2009, N. _____ a recouru contre cette décision en concluant, avec dépens, à son annulation, une rente entière continuant à lui être allouée. Il a requis la mise en oeuvre d'une expertise. Sur le fond, il fait valoir qu'il n'y a pas matière à révision, dès lors que les circonstances ayant justifié l'octroi d'une rente entière sont inchangées. Il soutient plus particulièrement que le rapport du SMR du 6 octobre 2006 doit être écarté au profit du constat des Drs W. _____ et C. _____ ainsi que des comptes-rendus des Drs V. _____, U. _____ et R. _____

Par réponse du 1^{er} juillet 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par arrêt du 16 novembre 2010, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours. Elle a en substance considéré que le litige portait sur la modification éventuelle, par la voie de la révision, du droit du recourant à une rente entière d'invalidité depuis la décision de rente du 8 avril 1997, la communication du 22 avril 2002 n'étant pas pertinente pour la base de comparaison déterminante dans le temps. Elle a ainsi comparé les faits existants en 1997 et ceux pris en

considération en 2009. Elle a retenu que les conclusions du rapport du 6 octobre 2006 de la Dresse S._____ l'emportaient sur celles de l'expertise des Drs W._____ et C._____ du 6 juin 2001, et admis en conséquence que l'état de santé du recourant s'était amélioré dès 2001, sa capacité de travail étant entière dès cette date.

Par arrêt du 7 novembre 2011, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt du 16 novembre 2010 et renvoyé la cause à la Cour de céans pour nouvelle décision. Il a en substance considéré que la communication du 22 avril 2002, aux termes de laquelle le recourant continuait à bénéficier d'une rente entière d'invalidité, reposait sur une évaluation matérielle de sa situation avec une constatation des faits pertinents d'ordre médical et leur incidence sur la capacité de gain de l'assuré, et avait ainsi valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps.

Dans son écriture du 11 janvier 2012, le recourant a confirmé ses conclusions. Il soutient qu'il n'y a pas de motif de révision dès lors qu'il n'y a pas eu d'amélioration de son état de santé depuis la communication du 22 avril 2002, l'expertise de la Dresse S._____ constituant une appréciation nouvelle d'un état de fait inchangé.

Dans son écriture du 19 janvier 2012, l'OAI relève que si l'on considère que la situation s'est améliorée en 2001, on ne peut que constater l'absence de motif de révision dans le sens d'une augmentation significative de la capacité de travail postérieure à la communication d'avril 2002. Il estime qu'il faut alors examiner s'il y a motif à reconsidérer la communication d'avril 2002. Il soutient qu'il ressort en effet du rapport relatif à l'examen clinique effectué au Service médical régional, rapport qui a été retenu comme tout à fait convaincant, que les renseignements obtenus en juin 2001 n'étaient pas suffisants pour établir une incapacité de travail du point de vue psychiatrique.

E n d r o i t :

1. La présente affaire procède de l'arrêt du Tribunal fédéral du 7 novembre 2011 annulant l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 16 novembre 2010, et renvoyant la cause à dite instance pour nouvelle décision.

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

b) Est litigieuse en l'espèce la réduction, avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision attaquée, de la rente entière octroyée au recourant.

3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) - lequel reprend l'ancien art. 41 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20), abrogé lors de l'entrée en vigueur de la LPGA -, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (cf. art. 87 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961

sur l'assurance-invalidité; RS 831.201] dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011; dès le 1^{er} janvier 2012, cf. art. 87 al. 1 let. a et b RAI).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1; 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée).

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

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation

juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 119 V 410 consid. 3a; 117 V 8 consid. 2c; 115 V 308 consid. 4a/cc).

Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée; en particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits; ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait ou de droit; s'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C_527/2008 du 29 juin 2009 consid. 2.2, 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2, 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2, SVR 2009 UV n°6 p. 21, et U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.3.1).

En l'espèce, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision du 22 avril 2002 avec ceux existant lors de la décision du 11 mai 2009.

4. a) Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de

longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010 consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.1).

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 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_921/2010 du 23 juin 2010 consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 4.1). 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. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 9C_547/2010 du 26 janvier 2011 consid. 2.2, 8C_420/2010 du 27 octobre 2010 consid. 4.3 et 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

5. Il convient d'examiner si les conditions d'une révision sont réalisées.

Dans son rapport du 6 octobre 2006, la Dresse S._____ pose uniquement le diagnostic n'ayant pas de répercussion sur la capacité de

travail de majoration de troubles physiques pour des raisons psychologiques avec mauvaise collaboration et aucune attitude visant à réduire le dommage. Elle estime que si l'on s'appuie sur l'expertise rédigée le 6 juin 2001 par les Drs W._____ et C._____, le recourant n'a à cette époque plus de symptôme évoquant le diagnostic de syndrome post-traumatique et commotionnel et qu'il doit être considéré guéri depuis lors, n'ayant plus d'atteinte psychiatrique à la santé dès juin 2001.

Aucun des autres rapports médicaux au dossier ne mentionne une modification de l'état de santé du recourant au-delà de cette dernière date (à savoir juin 2001). Par conséquent, on ne peut retenir l'existence d'un changement notable des circonstances postérieur à la communication de l'OAI du 22 avril 2002. Les conditions d'une révision ne sont donc pas réalisées.

6. Les conditions d'une reconsidération ne sont pas réalisées non plus.

En effet lors de la décision du 22 avril 2002, l'OAI disposait, comme documents médicaux nouveaux dans le cadre de la procédure de révision, du rapport d'expertise établi le 15 décembre 1997 par le Dr T._____ et la psychologue K._____, posant le diagnostic de processus de revendication dans le cadre d'une personnalité borderline compensée, aux traits caractériels. Le Dr T._____ et la psychologue K._____ estimaient qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé mentale au sens strict du terme, la capacité de travail étant objectivement entière, et que la situation n'allait pas évoluer. L'OAI disposait également du rapport du 18 mai 1999 du Dr U._____ indiquant un status après TCC, les plaintes étant demeurées identiques (céphalées, vertiges, insensibilité, troubles de la concentration), mentionnant un traitement antalgique et estimant l'incapacité de travail totale depuis le 2 juin 1995. L'office a alors mandaté les Drs W._____ et C._____, du Secteur psychiatrique [...] du canton de Vaud, qui ont déposé leur rapport d'expertise le 6 juin 2001. Les experts ont posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de névrose de compensation. Ils ont estimé que la capacité de travail de

l'assuré avait subi une réduction de 75% après l'accident, qu'elle n'avait par la suite pas pu être améliorée et qu'elle ne s'améliorerait probablement pas. Après avoir pris connaissance de ces rapports, les Drs J._____ et R._____ (cf. avis médical SMR du 18 avril 2002) ont estimé que les diagnostics posés dans cette dernière expertise étaient admissibles et que l'avis du Dr T._____ reposait sur des hypothèses, impossibles à vérifier.

Dans un arrêt 9C_13/2011 du 21 septembre 2011 (consid. 6.2), le Tribunal fédéral a considéré que l'appréciation à laquelle avait procédé l'administration à l'époque ne pouvait pas être considérée comme manifestement erronée dès lors que les conclusions du médecin traitant avaient été confirmées par l'avis du propre médecin conseil de l'office AI. En l'espèce, l'OAI a ordonné une expertise. Deux médecins du SMR - dont le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie - ont examiné cette expertise et les autres rapports médicaux à disposition pour conclure à une incapacité de travail supérieure à 70%. L'appréciation à laquelle a procédé l'OAI à ce moment-là, fondée sur les conclusions des experts W._____ et C._____ ainsi que sur celles des médecins du SMR, ne peut donc être considérée comme manifestement erronée.

Certes, par la suite, la Dresse S._____ a établi un rapport expliquant de manière motivée et claire les motifs pour lesquels elle s'écartait des conclusions des experts. Il s'agit toutefois d'une appréciation différente qui ne saurait révéler une erreur d'appréciation manifeste de la part de l'OAI en avril 2002.

7. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens qu'une rente entière continue à être octroyée au recourant.

Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens à la charge de l'intimé, dont il convient de fixer le montant à 2'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA et 55

LPA-VD [loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]).

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (cf. arrêt CASSO AI 230/11 - 144/2012 du 23 avril 2012 consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 11 mai 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une rente de l'assurance-invalidité continue à être octroyée à N._____.
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- IV. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :