

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 décembre 2014

---

Présidence de M. MERZ  
Juges : Mme Pasche et M. Monod, assesseur  
Greffier : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.** \_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par PROCAP, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI; 17 LPGA; 88a et 88bis RAI**

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

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, originaire de Bosnie-Herzégovine, résidant en Suisse depuis 1992, au bénéfice d'un permis d'établissement C, avait déposé en novembre 1999 une demande de prestations AI pour adultes en raison d'une "maladie dépressive" existant depuis 1997. Au bénéfice d'un diplôme d'ingénieur en génie civil obtenu dans son pays d'origine, sa dernière activité professionnelle en Suisse avant d'être atteint dans sa santé était celle d'étancheur.

Des documents médicaux figurant au dossier, il ressort que l'assuré a été hospitalisé à plusieurs reprises en milieu psychiatrique entre 1997 et 2002 :

- du 16 septembre au 29 septembre 1997; diagnostics retenus (CIM-10) : trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25), personnalité psychotique de type paranoïaque (F60.0) et maladie de l'épouse (F63.6) selon lettre de sortie du 13 novembre 1997 du Service de psychiatrie et de psychothérapie du Secteur psychiatrique Nord. Il est précisé que l'assuré a accepté un suivi psychiatrique au Centre psycho-social (ci-après : CPS).

- du 15 décembre au 30 décembre 1997; diagnostics retenus (CIM-10) : trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25), personnalité paranoïaque (F60.0), maladie de l'épouse (F63.6) et autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer (Z63.7), selon lettre de sortie du 11 février 1998 du Service de psychiatrie et de psychothérapie du Secteur psychiatrique Nord.

- du 10 au 23 mars 1999; diagnostics retenus (CIM-10) : trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25), personnalité paranoïaque (F60.0), maladie de l'épouse (F63.6) selon lettre de sortie du 15 avril 1999 du Service de psychiatrie et de psychothérapie du Secteur psychiatrique Nord.

- du 13 avril 1999 au 7 mai 1999; diagnostics retenus (CIM-10) : trouble mixte, anxieux et dépressif (F41.2), personnalité psychotique à traits paranoïaques (F60.8), difficultés dans les rapports avec la partenaire (Z63.0), mère à charge au domicile nécessitant des soins (Z63.6) selon lettre de sortie du 8 juin 1999 du Service de psychiatrie et de psychothérapie du Secteur psychiatrique Nord.

Dans un rapport médical adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) le 25 novembre 1999, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a indiqué comme diagnostics une hypercholestérolémie, des troubles cardiaques "fonctionnels", un trouble mixte anxieux et dépressif et une personnalité psychotique à traits paranoïaques. Il a précisé qu'il n'avait pas revu son patient en consultation depuis le mois de janvier 1999, que celui-ci était suivi par le CPS et que c'était la Dresse K.\_\_\_\_\_ qui était certainement le mieux à même de donner les précisions requises.

Dans un rapport médical adressé à l'OAI le 14 janvier 2000 par la Dresse K.\_\_\_\_\_ du CPS, celle-ci retenait comme diagnostics un trouble mixte, anxieux et dépressif (F41.2), une personnalité psychotique à traits paranoïaques (F60.8) et une mère à charge au domicile nécessitant des soins (Z63.6).

L'assuré a de nouveau été hospitalisé en établissement psychiatrique du 29 novembre au 15 décembre 2000; diagnostics retenus (CIM-10) : trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), dépendance à l'alcool, actuellement abstinent (F10.20); la lettre de sortie du 17 janvier 2001 du Service de psychiatrie et de psychothérapie du Secteur psychiatrique Nord précise qu'à la sortie de sa précédente hospitalisation, l'assuré avait consommé de l'alcool pour pallier aux accès d'angoisses et que ses alcoolisations sont devenues de plus en plus massives et gênantes, raison pour laquelle il avait décidé d'entreprendre une cure de sevrage à l'Unité d'alcoologie du Centre hospitalier [...]. A la suite de cette cure qui avait duré du 8 novembre au 28 novembre 2000, l'état d'anxiété augmentant à nouveau, l'assuré avait requis son hospitalisation sur un

mode volontaire. Les médecins de l'Unité d'alcoologie retenaient comme diagnostics : syndrome de dépendance à l'alcool (F10.2), hépatopathie alcoolique, anxiété généralisée (F41.1), trouble dépressif majeur sans symptôme psychotique (F32.2), personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), obésité (E66.9) (lettre de sortie du 29 décembre 2000).

Dans un rapport médical du 20 août 2001 adressé à l'OAI, la Dresse M. \_\_\_\_\_ du CPS retenait comme diagnostics un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), une utilisation d'alcool nocive pour la santé (F10.1) et un trouble de la personnalité de type paranoïaque (F60.0). Elle précisait qu'en raison de ces troubles, l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail de septembre 1997 à décembre 1998 et de janvier 1999 à mai 1999. Depuis novembre 1999 l'assuré était à nouveau en incapacité totale de travail pour une durée indéterminée.

Dans un rapport médical du 27 mars 2002, la Dresse M. \_\_\_\_\_ du CPS indiquait que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, qu'il présentait toujours une angoisse très importante, constante, qui le réveillait quotidiennement vers 4 heures du matin, une thymie triste, une culpabilité, des sentiments de dévalorisation importants et une irritabilité, mais relevait que si son état clinique restait préoccupant, elle observait une certaine stabilisation puisqu'il n'avait plus nécessité d'hospitalisation durant la dernière année. Elle estimait que l'activité exercée jusqu'alors par l'assuré n'était plus exigible et précisait, en rapport avec la question de l'éventuelle exigibilité d'une activité médicalement adaptée, que l'assuré essayait perpétuellement de retravailler mais ne tenait pas longtemps au vu de la fragilité inhérente à son trouble de la personnalité. Estimant qu'un lieu plus cadrant et structurant était susceptible de lui permettre de retrouver une capacité de travail à long terme, elle pointait l'utilité d'une évaluation par des professionnels, dans un lieu spécialisé comme l'ORIPH, aux fins de déterminer si des mesures de réadaptations seraient fructueuses, mesures par ailleurs souhaitées par son patient.

Dans un avis médical du 8 août 2002, le Dr C. \_\_\_\_\_ du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI fixait le début de la longue maladie à septembre 1997 en relevant que les limitations fonctionnelles étaient uniquement psychiatriques. Selon lui, la capacité de travail de l'assuré dans la dernière activité d'étancheur était de 0 % depuis septembre 1997 au moins et de 0 % dans toute activité depuis septembre 1997. Pour le surplus, il indiquait douter, au vu des documents au dossier, de la pertinence et surtout de l'efficacité de mesures professionnelles, dans la mesure où il était peu probable qu'une réadaptation débouche sur une capacité de gain significative et durable et que la proposition de la Dresse M. \_\_\_\_\_ lui semblait plus de nature thérapeutique que réadaptatrice.

Le 25 février 2003, la T. \_\_\_\_\_, assurance perte de gain maladie, a communiqué à l'OAI le dossier médical de l'assuré en sa possession. Figure notamment un rapport médical adressé le 10 octobre 2002 au médecin conseil de T. \_\_\_\_\_ par le Dr N. \_\_\_\_\_ et la Dresse M. \_\_\_\_\_, respectivement médecin-adjoint et médecin-assistante auprès du CPS. Ceux-ci y exposaient notamment ce qui suit :

" L. \_\_\_\_\_ présente des angoisses quotidiennes qui le réveillent entre 2 et 4 heures du matin avec une oppression thoracique allant jusqu'à des douleurs précordiales. Il décrit une anhédonie, une irritabilité, un retrait social, des ruminations, des sentiments de dévalorisation et de culpabilité. Il n'a pas de projet d'avenir et les idées suicidaires sont fréquentes. Il présente des douleurs dorsales et des troubles du sommeil. On constate à l'observation clinique, une tension importante, une angoisse parfois paroxystique au cours de l'entretien, une impulsivité, une irritabilité, voire une agressivité, une méfiance importante, une perplexité, une interprétativité, une projectivité et des traits passifs - agressifs. Le contenu de la pensée est pauvre et les capacités d'élaboration sont très limitées. Il présente une dépendance à l'alcool sévère. Bien que cette problématique alcoolique joue un rôle dans son état actuel et complique la prise en charge, les troubles anxieux quotidiens et invalidants ne peuvent être mis entièrement sur le compte de la dépendance à l'alcool, ces troubles ayant débuté avant l'alcoolisme et persistant après une période de sevrage.

Les troubles décrits ci-dessus existent depuis 1997, avec des variations d'intensité selon les périodes, et ont motivé huit hospitalisations de plusieurs semaines en milieu psychiatrique depuis lors. En janvier 2001, suite à la décision de la T. \_\_\_\_\_ de suspendre ses prestations, M. L. \_\_\_\_\_ s'est retrouvé dans une

situation financière très précaire, de plus, il lui était difficile de dépendre totalement de son épouse sur le plan financier. Dans cette situation, M. L. \_\_\_\_\_ a cherché du travail en dépit de son état. Il a cherché activement du travail, mais il n'a jamais pu tenir plus que quelques jours dans un emploi à plein temps, ces troubles anxieux l'empêchant de se rendre à son travail ou ne lui permettant pas d'y rester plus de quelques heures. Au vu de son tableau clinique, (voir premier paragraphe), nous avons établi des certificats d'incapacité de travail à temps partiel entre avril et décembre 2001. (...)

Entre mi-janvier et fin mars 2002, M. L. \_\_\_\_\_ a suivi un stage à (...). Grâce à cet environnement relativement cadrant et sécurisant, on a observé une nette diminution de la symptomatologie anxieuse, durant cette période. Malheureusement, cette amélioration a été de courte durée et les symptômes sont revenus massivement dès avril 2002, motivant des arrêts de travail à nouveau à 100 %.

(...) En août 2002, M. L. \_\_\_\_\_ a à nouveau été hospitalisé à l'Hôpital (...), en raison des troubles anxieux, et afin d'effectuer un sevrage de l'alcool, avant une prise en charge de plusieurs mois à la Fondation I. \_\_\_\_\_. Le 29 août, après un mois d'hospitalisation, il se rend à la Fondation I. \_\_\_\_\_. A ce moment-là, il présente une recrudescence massive des angoisses, avec un retrait total, une incapacité à effectuer même les actes de la vie quotidienne (comme se nourrir et faire sa toilette), motivant une réhospitalisation à l'Hôpital de (...), la prise en charge à la Fondation I. \_\_\_\_\_ étant suspendue pour le moment. Il est sorti de l'Hôpital de (...) le 27.09.02.

Au vu de l'évolution observée au cours de ces cinq dernières années, du trouble de la personnalité sous-jacent aux troubles anxieux et à la dépendance à l'alcool, nous pensons que M. L. \_\_\_\_\_ présente une incapacité de travail à long terme, raison pour laquelle une demande AI a été faite en 1999."

Le dossier médical constitué par T. \_\_\_\_\_ contient également un rapport d'expertise établi le 8 août 2000 par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sur mandat de l'assurance perte de gain. Il y indiquait notamment ce qui suit :

### **"Diagnostic**

Personnalité passive-agressive, dépendante et évitante. Probable structuration borderline. Dépression liée à la structuration de la personnalité, névrotique et réactionnelle, récurrente. Attaques d'angoisses paroxystiques avec somatisations (précordialgies) et hypocondrie non délirante. Accoutumance-dépendance alcoolique.

### **Réponse aux questions**

1. Existe-t-il une atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie ?

**Oui**

2. Diagnostic(s). **Voir plus haut.**
3. Cette (ou ces) affection (s) éventuelle (s) l'empêche (nt)-t-elle (s) de travailler ? Si oui, à quel taux ? **Théoriquement, l'expertisé pourrait travailler au moins à 50 %. N'ayant plus travaillé régulièrement depuis 1994, son travail régulier reste aujourd'hui incertain.**

4. S'agit-il d'une simple revendication de prestations par simulation ou exagération ? **L'expertisé ne présente pas une simulation, toutefois il y a une exagération dans le sens de la fixation des bénéfices secondaires de par sa pathologie.**

5. (...)

6. (...)

Remarque : Possibilité d'amélioration de la capacité de travail par un traitement. **L'expertisé pourrait bénéficier d'une amélioration de son état et de sa capacité de travail si les médecins traitants (si nécessaire un confrère masculin "père adéquat") ne répondent pas aux états de bénéfices secondaires partiellement mis en avant par l'expertisé. Une exigence ferme, sans influence de l'expertisé, devrait le mener vers une résolution plus adéquate de ses conflits ainsi qu'une attitude constructive par rapport à sa tendance passive-régressive et de fixation sur les prestations sociales ou d'assurance. Un changement de médication, en particulier des neuroleptiques, pourrait améliorer son état qui est actuellement handicapé d'une manière importante par les effets secondaires (nouvelle génération des neuroleptiques, éventuelle application de lithium). Une abstinence d'alcool est à maintenir fermement et de façon contrôlable."**

Dans un rapport médical du 5 mai 2003, la Dresse B. \_\_\_\_\_, médecin assistante au CPS, indiquait à l'OAI que l'assuré présentait toujours une angoisse très importante et persistante associée à des troubles du sommeil avec réveils précoces et cauchemars, ainsi que des symptômes neurovégétatifs sous forme de sudations, d'oppression thoracique et des tremblements, symptomatologie évoluant sur un fond dépressif important. Elle précisait encore qu'au cours de la dernière année, deux hospitalisations avaient eu lieu, l'une du 6 au 29 août 2002 et la seconde du 2 au 27 septembre 2002, toutes deux nécessaires en raison d'une exacerbation des troubles anxieux et dépressifs, dans le but d'une adaptation du traitement. Au vu de cette symptomatologie, elle estimait qu'il n'était pas envisageable que l'assuré reprenne le travail, étant encore relevé qu'il avait commencé à travailler en mai 2002 dans le cadre de l' [...], emploi qu'il avait dû rapidement abandonner en raison de la péjoration de son état psychique. Ainsi, elle considérait que l'incapacité de travail de l'assuré était totale dans quelque activité.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2003, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 1999 au 31 mai 2001, puis à nouveau dès le 1<sup>er</sup> janvier 2002.

**B.** Le 30 mai 2006, l'assuré, par l'intermédiaire de la société formatrice [...], a requis de l'OAI qu'il prenne en charge les frais de la formation de CAO/DAO 2D et 3D qu'il désirait entreprendre. Le 30 mai 2006, l'OAI a répondu qu'il ne prenait pas en charge ce genre de prestations.

**C.** Le 17 juillet 2006, l'OAI a envoyé à l'assuré un questionnaire pour la révision de la rente. L'assuré a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis 2003 avec une augmentation de l'anxiété et de la tristesse et que son incapacité de travail était toujours de 100 %. Il a précisé que son médecin traitant était la Dresse S. \_\_\_\_\_ de l'Unité de psychiatrie ambulatoire.

Dans un rapport médical du 23 octobre 2006, le Dr N. \_\_\_\_\_ et la Dresse S. \_\_\_\_\_, respectivement médecin-adjoint et médecin-assistante auprès de l'Unité de psychiatrie ambulatoire, ont indiqué comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail existant depuis 1997 une anxiété généralisée (F47.10), un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.40), un trouble de la personnalité à traits dépendants (F60.70) et une dépendance à l'alcool, actuellement abstinent mais dans un milieu protégé (F10.21). Ils ont précisé que depuis mars 2006, ils avaient noté une évolution favorable dans le sens où leur patient avait accepté d'être pris en charge à la Fondation I. \_\_\_\_\_ et où ils constataient une relative stabilisation sur le plan de sa problématique anxieuse et alcoolique. Ils relevaient que jusqu'à son admission à la Fondation I. \_\_\_\_\_, l'assuré bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique intégrée avec des entretiens environ une fois par mois. Depuis son admission, il avait été convenu une prise en charge à raison d'un rendez-vous tous les deux mois et son traitement médicamenteux modifié. Malgré une évolution favorable, les psychiatres étaient d'avis que l'état de l'assuré ne lui permettait pas de reprendre une

activité professionnelle dès lors que l'activité entreprise en milieu protégé ne se passait que moyennement bien, l'intéressé étant régulièrement confronté à des angoisses importantes quand il rencontrait des difficultés dans dite activité. Selon eux, l'assuré présentait donc toujours une incapacité de travail de 100 % dans toute activité.

Le 22 décembre 2006, l'OAI a informé l'assuré que, son degré d'invalidité n'ayant pas changé au point d'influencer son droit à la rente, il restait au bénéfice d'une rente entière d'invalidité.

**D.** Le 11 janvier 2007, l'assuré a requis de l'OAI qu'il finance la formation qu'il souhaitait entreprendre (complément de formation à sa formation d'origine : apprentissage de dessin sur ordinateur spécifiquement destiné aux dessinateurs en génie civil). Le 17 janvier 2007, l'OAI a répondu par la négative.

**E.** Le 17 juin 2008, l'OAI a reçu une copie du rapport établi par la Police cantonale de sûreté le 10 juin 2008 dont il ressort qu'en date du 6 juin 2008, le véhicule conduit par l'assuré avait été intercepté à la suite de diverses fautes graves aux règles de la circulation routière. Le procès-verbal d'audition de l'assuré indique ce qui suit :

"Je connais les deux personnes interpellées en ma compagnie dans la voiture de ma femme depuis le début de la semaine (...). Ces individus m'ont été présentés par l'entremise d'un copain qui m'a vanté leur assiduité au travail. Ils oeuvrent comme moi-même pour l'entreprise (...) Ferrailage à [...]. Ce matin, le patron de cette entreprise m'a sollicité pour prendre en charge ces deux employés et les amener au chantier. J'ignore où se trouve celui-ci, je devais suivre les indications de ces deux ouvriers. Pour ma part, je suis engagé en qualité de bénévole à raison d'une heure par jour. Je ne touche aucun salaire pour mon travail. Il s'agit pour moi plutôt d'une occupation pour me distraire car je suis à l'AI à 100% depuis 7 années, suite à des problèmes psychiques. Je précise que depuis environ un mois et demi, j'ai rencontré les deux ouvriers à 5 reprises sur des chantiers. Je précise qu'en tant qu'ancien ingénieur en génie civil, je donne aussi bénévolement des coups de main à [...] pour expliquer les plans de ferrailage à ses différents ouvriers et contrôler leur travail. Pour ma part, je ne travaille pas régulièrement mais à la demande. Je ne suis pas payé hormis des fois un repas au restaurant."

A réception du rapport de police précité, l'OAI a décidé d'initier une procédure de révision.

**F.** Sur le questionnaire pour la révision de la rente que l'OAI lui a adressé le 4 juillet 2008, l'assuré a indiqué que son état de santé était toujours le même et que son degré d'incapacité de travail était de 100 %. Il a précisé que son médecin traitant était le Dr J.\_\_\_\_\_ et qu'il l'avait consulté pour la dernière fois le 11 juillet 2008.

Dans un rapport médical du 21 août 2008, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail une dermatite topique, une obésité (BMI 36) et une dyslipidémie mixte. Comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, il retenait des troubles anxieux avec crises de panique généralisées, troubles dépressifs récurrents moyens avec troubles somatoformes chez une personnalité de type dépendant et une dépendance à l'alcool (abstinence depuis 2006) existant depuis 1999. Dans l'anamnèse, il relevait que jusqu'en 2006 son patient avait fait plus de 10 hospitalisations psychiatriques en raison de sa problématique et de l'abus d'alcool et qu'il avait pratiquement séjourné une année à la Fondation I.\_\_\_\_\_ d'où il était sorti abstinent. Le médecin traitant exposait que l'assuré restait néanmoins très fragile et que par ailleurs, le traitement et l'inactivité physique avaient aggravé l'excès pondéral présent antérieurement avec comme complication la décompensation d'une dyslipidémie et quelques douleurs articulaires. En ce qui concerne l'état actuel, il relevait que l'état de santé s'était stabilisé dans une phase chronique, peu influencée par une psychothérapie active, raison pour laquelle le suivi psychiatrique avait été interrompu en mars 2008, mais que le soutien psychiatrique était poursuivi par lui-même. Il précisait qu'il recevait son patient toutes les 4 à 6 semaines à sa consultation. Le Dr J.\_\_\_\_\_ retenait comme limitations fonctionnelles des troubles de la concentration et un état anxieux rendant pratiquement impossible la résistance au stress. Il relevait que l'activité exercée n'était plus exigible et insistait sur le fait que chez ce patient fragile, toute révision de la rente allant dans le sens d'un refus mettrait celui-ci gravement en danger avec un risque majeur de rechute de l'abus d'alcool.

Enfin, il indiquait que la capacité de concentration était limitée de façon importante, la capacité de compréhension de façon modérée, la capacité d'adaptation de façon importante, tout comme la résistance. Etait notamment joint au rapport médical du Dr J. \_\_\_\_\_ un courrier que les Drs N. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ (médecin assistant) de l'Unité de psychiatrie ambulatoire lui avaient adressé le 19 mars 2008 qui indique notamment ce qui suit :

"Ma collègue précédente, Dresse S. \_\_\_\_\_, a déjà pu constater au mois de septembre 2007 une amélioration surtout sur le plan dépressif, avec notamment une diminution de l'anxiété généralisée. Au mois de janvier 2008, l'état psychique de ce patient s'est bien amélioré à tel point que les entretiens sont devenus très courts, le patient n'ayant pas de plainte spécifique à amener. Néanmoins, il attache beaucoup d'importance à sa prise médicamenteuse qu'il dit ne pas pouvoir se passer.

Comme nous l'avons convenu lors de notre entretien, nous proposons que la prise en charge psychiatrique vous soit transférée dans un premier temps et restons à votre disposition pour faire un bilan de l'évolution clinique.\*

Dans un avis médical SMR du 4 juin 2009, le Dr Z. \_\_\_\_\_ analysait la situation comme il suit :

"La décision AI du 12 septembre 2003 (sic) reconnaît un droit aux prestations dès octobre 1999 avec une interruption de juin 2001 à décembre 2001.

Le début de la longue maladie a été fixé par l'avis juriste du 24 juin 2003.

Médicalement les problèmes évoqués sont intriqués:

- Trouble anxieux et dépressif
- Décompensation et modification de la personnalité dans un contexte d'intoxication alcoolique chronique
- Pratique alcoolique active

L'expertise psychiatrique du Dr H. \_\_\_\_\_ 8 août 2008 [recte : 2000] pour T. \_\_\_\_\_ retient des diagnostics de l'ordre du trouble de la personnalité, des troubles anxieux et des troubles de l'humeur dans un contexte de maladie alcoolique.

L'alcool est connu pour être source de dépression, de troubles anxieux et de modification dans l'expression de la personnalité. La question d'un alcoolisme primaire n'est pas débattue, mais l'expert estimait en 2000 que l'exigibilité était d'au moins de 50%. En dernière phrase l'expert écrivait: «Une abstinence d'alcool est à maintenir fermement et de façon contrôlable». Ce que nous comprenons comme une injonction thérapeutique : l'arrêt de l'alcool était sous le contrôle de la volonté de l'assuré. Le traitement de la maladie alcoolique est l'abstinence. L'assuré arrêtera de boire de l'alcool en 2006. Depuis lors il continue de vivre dans l'abstinence d'après les pièces médicales au dossier. L'arrêt de la consommation d'alcool chez un alcoolique est un fait nouveau, une amélioration

significative de son état de santé qui à lui seul justifierait une nouvelle instruction. L'évolution des comorbidités psychiatriques présentes lors de l'instruction initiale nous sont inconnues depuis l'arrêt de l'alcool.

Avec le soutien du Dr S. \_\_\_\_\_ psychiatre, l'assuré présente en janvier 2007 une demande de formation dans le cadre du groupe [...] lettre du 11 janvier 2007. À partir de janvier 2007 il semble que l'état de santé de l'assuré se soit amélioré et stabilisé de telle façon qu'il permette de suivre un stage de formation professionnelle : apprentissage du dessin sur ordinateur spécifiquement destiné aux dessinateurs en génie civil. Il semble donc que les empêchements à l'intégration de l'assuré au monde de l'économie avant 2006 soient liés à la pratique alcoolique toxique passée de l'assuré. L'assuré a trouvé en lui les ressources pour arrêter de boire et aménager sa vie sans alcool.

L'assuré n'a plus de suivi psychiatrique depuis plus d'une année et il consulte son généraliste chaque 4 à 6 semaines. Ce dernier prescrit depuis un traitement médicamenteux psychotrope associant antidépresseur, neuroleptique et anxiolytique. Le Dr N. \_\_\_\_\_ psychiatre retient une amélioration de l'état de santé psychique à partir de septembre 2007.

Afin de s'assurer des atteintes à la santé de l'assuré, de leur évolution, de l'observance thérapeutique, au moyen de tests sanguins en ce qui concerne l'observance thérapeutique, et de possibles limitations fonctionnelles psychiques, il convient de procéder à :

Une expertise psychiatrique auprès du SMR."

Le Dr O. \_\_\_\_\_ du SMR a procédé à l'examen psychiatrique clinique de l'assuré le 25 juin 2009. Dans son rapport du 23 juillet 2009, il retenait comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail une anxiété généralisée (F41.1) et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4) et un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent (F10.20). Il indiquait comme limitations fonctionnelles des troubles de l'attention, de la mémoire de travail, des difficultés de concentration accompagnées d'un état d'attente craintive avec accélération du cours de la pensée lors de pics d'anxiété. Selon lui, une amélioration partielle de l'état de santé de l'assuré pouvait être retenue à compter du 8 janvier 2007, "date du début des cours de dessin technique", la capacité résiduelle de travail étant de 50 % dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée après la réussite des mesures de réinsertion.

Dans un avis SMR du 27 juillet 2009 faisant suite au rapport d'examen clinique précité, le Dr Q. \_\_\_\_\_ relevait notamment qu'un suivi

et un traitement psychiatrique étaient médicalement exigibles et que dès lors que l'assuré avait trouvé les ressources pour rester abstinent, l'alcoolisme était primaire.

Par communication du 4 septembre 2009, l'OAI a informé l'assuré que les conditions pour une orientation professionnelle étaient remplies. Il ressort du rapport établi le 23 octobre 2009 par le Service de réadaptation de l'OAI à la suite de l'entretien du 19 octobre précédent avec l'assuré qu'aucun type de mesure ne pouvait être mis en place, l'intéressé n'envisageant qu'une aide au placement en tant qu'ingénieur ou dessinateur - projet qualifié d'irréaliste par l'auteur du rapport - et dans plusieurs mois seulement, après le rétablissement de son épouse et de sa mère.

**G.** Par projet de décision du 22 janvier 2010, l'OAI a réduit le droit de l'assuré à une rente d'invalidité à une demie rente à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Pour ce faire, il a retenu un degré d'invalidité de 52,5 %.

**H.** Par courrier du 28 janvier 2010, complété par l'écriture de son mandataire du 17 mars 2010, l'assuré a contesté le projet de décision du 22 janvier 2010. Il faisait valoir, en se référant à un courrier du Dr J.\_\_\_\_\_ du 26 février 2010 à l'attention de Procap, que sa capacité de travail était bien inférieure à 50 % compte tenu des manifestations psychiatriques et du traitement actuel. En outre, il relevait que le Dr O.\_\_\_\_\_ avait conditionné cette capacité de travail à 50 % à la réussite de mesures de réinsertion le préparant à la réinsertion.

Par courrier du 20 août 2010, l'OAI a informé le conseil de l'assuré qu'ayant constaté que des mesures d'ordre professionnel en vue de permettre à l'intéressé de reprendre une activité professionnelles à 50 % n'avaient pas été suffisamment examinées, il annulait le projet de décision du 22 janvier 2010 et reprenait l'instruction du dossier.

Le 1<sup>er</sup> novembre 2010, l'OAI a convoqué l'assuré à un nouveau rendez-vous le lundi 10 janvier 2011, l'entretien initialement fixé au 22 novembre 2010 ayant dû être reporté en raison de l'hospitalisation de la mère de l'intéressé en Bosnie. Il a en outre précisé à l'assuré notamment ce qui suit :

"Nous vous rappelons que son l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.

Si vous deviez à nouveau faire défaut à ce rendez-vous, ou si vous ne collaboriez pas pleinement tout au long des mesures qui vous seront proposées, nous mettrions immédiatement fin à nos démarches de réadaptation et réévaluerions votre droit à une rente en tenant compte de la capacité de travail de 50 % exigible après mesures de réinsertion."

Par courrier du 10 janvier 2011, l'OAI a écrit à l'assuré notamment ce qui suit :

" Suite à notre entretien du 10 janvier 2011, nous vous confirmons les éléments suivants :

- Nous maintenons que votre capacité de travail est de 50% dans une activité adaptée.

- Compte tenu de votre longue inactivité professionnelle, nous admettons qu'une période de réentraînement au travail est nécessaire, afin de récupérer progressivement des habitudes, un rythme et un rendement compatibles avec un emploi salarié à 50%.

En ce sens, nous vous avons proposé la mise en place d'une mesure de réinsertion au sens de l'art. 14a LAI. Celle-ci se déroulera à Yverdon, à raison de 4 heures/jour, 4 jours/semaine pour commencer. L'objectif est une augmentation progressive du temps de travail, du rendement et des exigences, pour atteindre un taux de présence et de rendement correspondant à 50% dans l'économie en l'espace de 6 mois.

Nous insistons sur le fait que cette mesure n'est pas une évaluation professionnelle susceptible de modifier l'exigibilité susmentionnée, mais vise exclusivement à vous aider à mettre en valeur de manière personnalisée et progressive votre capacité de travail. Elle implique par ailleurs:

- Une entrée immédiate et sans report possible, dès la place disponible au centre.

- Une présence en Suisse continue et régulière durant les 6 mois que durera la mesure (vacances possibles au pro rata temporis).

**Compte tenu de ce qui précède, nous vous prions de nous confirmer au plus tard d'ici le 31 janvier 2011 votre volonté de vous engager ou non dans cette mesure.**

Nous vous rappelons que selon l'art. 21, alinéa 4, LPGA (...)

En l'espèce, si vous n'acceptiez pas la mesure proposée, ou si vous n'y collaboriez pas pleinement par la suite, nous mettrions immédiatement fin à nos démarches de réadaptation et réévaluerions votre droit à la rente en tenant compte de la capacité de travail de 50% exigible après mesures de réinsertion."

Une copie de la lettre du 10 janvier 2011 a été envoyée à son mandataire Procap le 11 avril 2011. Un ultime délai au 31 juillet 2011 a été imparti à l'assuré pour qu'il se conforme à la teneur du courrier du 10 janvier 2011, en donnant son accord écrit et signé.

I. Par projet de décision du 9 août 2011, l'OAI a réduit le droit de l'assuré à une rente d'invalidité à une demie rente à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Pour ce faire, il a retenu un degré d'invalidité de 52,5 %. Il a en outre motivé sa décision en retenant notamment ce qui suit :

"(...) En raison de votre absence de collaboration lors de l'examen et la mise en place de mesures d'ordre professionnel, une sommation vous a été envoyée le 1<sup>er</sup> novembre 2010 vous informant des conséquences de votre refus de collaborer. Vous n'avez pas donné suite à la sommation.

Dès lors, nous devons mettre un terme aux démarches de réadaptation et examiner le droit à la rente en tenant compte d'une capacité de travail de 50% exigible après les mesures de réinsertion, dans une activité légère.

"(...)"

Le 2 septembre 2011, l'OAI a accusé réception du courrier de l'assuré reçu le 16 août 2011 dans lequel celui-ci indiquait être disposé à collaborer activement aux mesures de réadaptation préconisées. Il l'informait que, dans le cadre de la procédure d'audition, de nouvelles mesures seraient mises en place mais que dans l'hypothèse où celles-ci devraient être interrompues en raison d'un manque de collaboration, une décision de réduction de rente identique au projet du 9 août 2011 lui serait notifiée.

Par courrier du 22 septembre 2011, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a informé l'OAI que l'assuré souffrait d'un état dépressif très sévère et très handicapant et présentait un état d'angoisse très important avec un risque important de rechute

éthylrique. Il estimait que son patient était clairement dans l'incapacité totale d'effectuer une quelconque activité et précisait que le pronostic était défavorable.

Dans un rapport médical du 9 octobre 2011, le Dr D.\_\_\_\_\_ a précisé suivre l'assuré depuis le 7 février 2011. Il retenait comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques existant depuis 1997. Dans la rubrique "constat médical", il relevait des troubles formels de la pensée, des troubles du sommeil, une irritabilité, des angoisses de mort importantes et un comportement autistique. Il confirmait que son patient était dans l'incapacité totale d'effectuer une quelconque activité professionnelle, qu'il avait déjà tenté des mesures de réadaptation qui s'étaient soldées par un échec et qu'en raison de son état psychique il ne pourrait certainement plus jamais travailler.

Par lettre du 10 octobre 2011, l'assuré a été convoqué pour un entretien préalable au X.\_\_\_\_\_ en date du 26 octobre 2011.

Dans un avis SMR du 26 octobre 2011, le Dr Q.\_\_\_\_\_ relevait que la note téléphonique du 10 janvier 2011 permettait de constater qu'à cette époque l'assuré continuait de s'occuper de sa mère malade au moins 5 jours par mois à distance de son domicile, ce qu'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, tel que diagnostiqué par le Dr D.\_\_\_\_\_ ne permettait en aucun cas. Il proposait de réinterroger le psychiatre traitant en janvier 2012 en lui demandant de préciser la relation de l'assuré avec l'alcool.

Le 27 octobre 2011, la responsable de formation du X.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'assuré pourrait être accueilli dans l'atelier des arts graphiques dès le 8 novembre 2011 mais qu'elle émettait des réserves quant à son intégration future et sa capacité à mener à bien la mesure, dès lors que l'assuré était extrêmement atteint dans sa santé mentale et qu'il s'était plaint à de nombreuses reprises durant l'entretien préalable d'angoisses.

**J.** Par décision du 31 octobre 2011, l'OAI a confirmé à l'assuré la mise en place d'une mesure d'entraînement à l'endurance à l'atelier d'arts graphiques du X.\_\_\_\_\_, du 8 novembre 2011 au 7 février 2012, à raison de 4 fois 2 heures par semaine au début, pour atteindre 4 fois 4 heures par semaine.

Le 14 novembre 2011, la responsable de formation professionnelle du X.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que le psychiatre de l'assuré lui avait donné un arrêt de travail d'un mois.

L'OAI a mis fin à la mesure d'entraînement à l'endurance au 20 décembre 2011.

Dans un avis SMR du 17 juillet 2012, les Drs W.\_\_\_\_\_ et A.A.\_\_\_\_\_ ont notamment relevé que le rapport final des conseillers en réadaptation du 20 décembre 2011 décrivait un assuré très plaintif et démonstratif durant l'entretien de visite du X.\_\_\_\_\_ et lors des premiers jours de la mesure, et qui était en désaccord avec l'exigibilité médicale actuelle. Depuis lors, l'OAI avait reçu des certificats médicaux établis par le Dr D.\_\_\_\_\_ attestant une incapacité totale de travail et se reconduisant de mois en mois. Le psychiatre traitant n'ayant toutefois pas donné suite à la demande de rapport médical qui lui avait été faite le 1<sup>er</sup> février 2012, ils préconisaient la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique aux fins de préciser les atteintes à la santé psychiques de l'assuré, les éventuelles limitations fonctionnelles en découlant ainsi que la capacité de travail exigible actuelle ainsi que l'évolution de cette capacité de travail depuis 2007.

Dans un rapport médical du 7 août 2012, le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de son patient était stationnaire à défavorable, avec des angoisses massives très présentes. Il précisait que l'assuré était abstinent depuis de nombreuses années, que ses limitations psychiques consistaient en des troubles du sommeil importants, des angoisses diffuses avec des signes neurovégétatifs tels qu'une oppression

thoracique, une boule gastrique et des difficultés de concentration et d'attention. Il confirmait que la capacité de travail de son patient était de 0 %, en relevant que l'essai au X.\_\_\_\_\_ s'était soldé par un échec, l'intéressé ayant tenu 3 heures avant de devoir rentrer à son domicile en raison de ses angoisses massives et d'acathésie. Il concluait que son patient n'était plus en mesure de faire face au stress.

**K.** Le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a examiné l'assuré le 15 octobre 2012. Il a produit son rapport d'expertise le 22 novembre 2012, dont il ressort notamment les éléments suivants (pp. 23 ss) :

#### **"4. DIAGNOSTIC**

##### **4.1.0 DIAGNOSTIC SELON LE DSM-IV-TR**

Axe I Etat dépressif majeur récurrent, actuellement en rémission, ou sub-clinique

Dépendance éthylique, actuellement abstinent sans médication aversive

Trouble panique et / ou trouble de l'anxiété NS, actuellement en rémission

Axe II Personnalité état limite, ou avec traits limites, à défense passive agressive

Axe III cf. spécialiste concerné [réd. : pathologie somatique]

Axe IV Difficultés économiques inadaptation socioculturelle autre?

(...)

##### **4.1.1. DIAGNOSTICS AYANT UNE REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

• ---

##### **4.1.2. DIAGNOSTICS SANS REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

• Etat dépressif majeur récurrent, actuellement en rémission, ou sub-clinique

• Dépendance éthylique, actuellement abstinent sans médication aversive

• Trouble panique et / ou trouble de l'anxiété NS, actuellement en rémission

• Personnalité état limite, ou avec traits limites, à défense passive agressive

#### **5. DISCUSSION**

Monsieur L.\_\_\_\_\_ est un homme né en Bosnie le 09.04.1958. On croit comprendre que l'environnement familial était peu propice. Le père, qui pour l'essentiel travaillait en Serbie, apparaît comme un homme frustré, violent et maltraitant. Celui-ci se serait suicidé par pendaison lorsque l'assuré avait 18 ans. En tant qu'aîné, il aurait dû s'occuper de ses frères et soeurs cadets. On relève apparemment un oncle paternel qui aurait lui aussi souffert de problèmes d'alcool et une mère qui aurait eu des tendances dépressives après le déclenchement de la guerre en Bosnie, ayant vu sa maison détruite. Néanmoins, Monsieur L.\_\_\_\_\_ qui se dépeint comme un enfant intelligent a pu obtenir un baccalauréat, puis un diplôme d'ingénieur

civil dans son pays. (...) Monsieur L. \_\_\_\_\_ a pu exercer son activité d'ingénieur jusqu'à son arrivée en Suisse en 1992.

Très rapidement d'ailleurs, Monsieur L. \_\_\_\_\_ a épousé une compatriote en Suisse, ce qui lui a permis de régulariser sa situation administrative.

Pour la suite, les renseignements précis sont difficiles à obtenir, Monsieur L. \_\_\_\_\_ nous déclare que ses deux frères seraient décédés durant la guerre en Bosnie; le Dr H. \_\_\_\_\_ note que les deux sont établis en Suisse et le Dr O. \_\_\_\_\_ dit que l'assuré est le deuxième d'une fratrie de huit enfants. Les dates et les renseignements fournis sont souvent très imprécis, parfois contradictoires. C'est bien à la lecture attentive du dossier médical — long — que l'on peut retracer ou esquisser le parcours personnel et professionnel de cet assuré.

On sait un conflit de couple marqué par des troubles anxieux, des problèmes adaptatifs et d'alcoolisation qui ont débuté insidieusement en 1996 jusqu'à son sevrage après un séjour aux I. \_\_\_\_\_ en 2006.

Du point de vue professionnel Monsieur L. \_\_\_\_\_ n'a été que brièvement intégré dans le monde du travail en Suisse, mais au maximum 4 ans. Par la suite, il a débuté des activités peu qualifiées dont manifestement il n'était pas satisfait, car l'assuré semble exiger de retrouver son statut d'ingénieur; c'est d'ailleurs le sens de sa demande de réinsertion professionnelle spontanée auprès de l'assurance invalidité en 2007.

On sait que l'assuré a été contrôlé en train de transporter sur des chantiers des employés non déclarés en 2008, élément que Monsieur L. \_\_\_\_\_ minimise.

Au niveau asséculogique le dossier souligne aussi souvent un décalage important entre l'importance de la symptomatologie anxio-dépressive et l'estimation de sa capacité de travail. Le (...) médecin conseil de la T. \_\_\_\_\_ Assurances qui a examiné l'assuré à deux reprises à son cabinet médical en 1998 et 2000 s'étonne d'une incapacité de travail totale; le Dr H. \_\_\_\_\_, lors de son expertise du 08.08.2000 met en évidence l'importance des bénéfices secondaires et juge que l'assuré devrait être en mesure de reprendre au minimum une activité professionnelle à 50 %. Tel n'est pas le cas, puisque si ses médecins traitants évoquent des décompensations anxio-dépressives itératives, force est de constater que Monsieur L. \_\_\_\_\_ fait preuve d'un certain manque de motivation et de volonté, ce qui semble attesté par les tentatives de réinsertion professionnelles réalisées en 2009 et 2010, notamment au X. \_\_\_\_\_, où l'assuré est décrit comme peu collaborant et démonstratif.

(...)

Le long entretien que nous avons eu avec Monsieur L. \_\_\_\_\_, le résultat des examens paracliniques, et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes :

D'un point de vue **psychopathologique**, lorsque nous l'examinons, Monsieur L. \_\_\_\_\_ ne présente pas de symptomatologie dépressive importante, en tous les cas incapacitantes. Contrairement aux assertions du Dr D. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, l'assuré ne présente pas de symptômes psychotiques. D'ailleurs, aucun des multiples rapports médicaux en notre possession (plus de 7 hospitalisations au CPNV) n'évoque des symptômes du registre psychotique.

A ce titre, nos examens paracliniques démontrent l'excellente observance au traitement, ce qui explique en conséquence aussi cette évolution favorable et la stabilisation de son état psychique.

Si dans les premiers rapports médicaux du volumineux dossier il est évoqué une personnalité d'abord paranoïaque, puis borderline, lors des derniers rapports en notre possession, le Dr N. \_\_\_\_\_ parle de traits de personnalité dépendante (rapport du 23.10.2009).

On constate donc la variabilité des diagnostics retenus, notamment s'agissant de sa personnalité, ce qui laisse entrevoir que le comportement de l'assuré face à ses différents médecins rend le tableau clinique peu consistant sur la durée. A ce titre, les divergences et contradictions entre les différents rapports et expertises relèvent aussi probablement de la collaboration très variable de Monsieur L. \_\_\_\_\_.

De notre point de vue, actuellement la symptomatologie anxieuse est elle aussi tout au plus sub-clinique et légère.

L'analyse de son fonctionnement psychosocial indique un sujet en définitive peu limité dans ses activités de loisir, mais beaucoup plus subjectivement lorsque l'on évoque le travail. Depuis 6 ans, Monsieur L. \_\_\_\_\_ a retrouvé une compagne d'une trentaine d'années, qu'il voit régulièrement, élément qui va donc bien à l'encontre d'une symptomatologie dépressivo-anxieuse incapacitante.

Dans cette situation, on peut relever d'une part une problématique psychique en partie adaptative, chez un sujet qui n'a probablement jamais accepté sa rétrogradation, qui n'a guère assumé son rôle d'époux, puis de père de famille. A ce titre, on peut se poser la question s'il ne s'agissait pas d'une "union de circonstance" ou de raison, pour obtenir un permis de séjour en Suisse, ou vraiment un mariage d'amour. Certes, son fonctionnement indique bien un trouble de la personnalité, mais qui en tant que tel ne devrait pas non plus justifier d'une incapacité de travail complète, si l'on en juge par le fait que Monsieur L. \_\_\_\_\_ a pu travailler dans son pays jusqu'en 1991.

En définitive, on peut retenir les diagnostics de **état dépressif majeur récurrent, actuellement en rémission, ou sub-clinique; dépendance éthylique, actuellement abstinent sans médication aversive; trouble panique et/ ou trouble de l'anxiété NS actuellement en rémission.**

**Probable personnalité état limite ou avec traits limites à défense passive agressive.**

L'appréciation du Dr O. \_\_\_\_\_, lors de son rapport d'expertise du 08.08.2009 est à peu près superposable à la nôtre. La discordance d'appréciation avec son médecin traitant actuel, le Dr D. \_\_\_\_\_, résulte certainement de la différence de mandat entre le médecin traitant et le médecin expert, le premier faisant le postulat de sincérité de son patient. A ce titre, relevons que Monsieur L. \_\_\_\_\_ qui maîtrise relativement mal le français après plus de 20 ans passés en Suisse, ne bénéficie pas d'interprète lors des entretiens avec son médecin psychiatre.

Les aspirations professionnelles de Monsieur L. \_\_\_\_\_ se heurtent à sa mauvaise adaptation en Suisse, et surtout à l'absence de maîtrise du français, chez un sujet pourtant de bonne intelligence.

#### **CAPACITE DE TRAVAIL**

En définitive, nous pouvons considérer que l'incapacité de travail médico-théorique est toujours d'au moins 50 % dans toute activité adaptée. Monsieur L. \_\_\_\_\_ n'ayant finalement aucune demande

motivée en ce sens, un reclassement professionnel n'est pas indiqué. Il est clair qu'actuellement le rôle d'invalide apporte de nombreuses solutions à des problèmes de réalité, que dès lors il ne saurait être quitté sans avoir des conséquences désagréables pour Monsieur L. \_\_\_\_\_."

Dans ses réponses aux questions spécifiques posées par l'OAI, l'expert Dr E. \_\_\_\_\_ a notamment relevé, en ce qui concerne les limitations fonctionnelles, que la symptomatologie dépressive était sub-clinique, voire en rémission, tout comme les symptômes anxieux (au plan psychique et mental) et (au plan social) que l'assuré adoptait une attitude passive agressive, de mise en échec de tous les possibles. En ce qui concerne l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici, il a indiqué que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50 % depuis janvier 2007 selon l'expertise du Dr O. \_\_\_\_\_, que la capacité résiduelle de travail était de 50 %, l'activité exercée jusqu'ici étant exigible dans cette mesure, sans diminution de rendement. Il a également précisé que l'assuré était capable de s'adapter à son environnement professionnel mais qu'il n'avait aucune motivation en ce sens et que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables en raison de l'attitude et du discours de l'assuré à cet égard. Au titre des mesures à prendre pour maintenir la capacité de travail de l'assuré, il a préconisé le maintien du traitement actuel.

Le 17 décembre 2012, le SMR, sous la plume du Dr W. \_\_\_\_\_, a requis de l'expert Dr E. \_\_\_\_\_ des précisions en ces termes :

"Au terme de votre expertise, vous ne reprenez aucun diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail. Par conséquent, vous ne reprenez pas non plus de limitations fonctionnelles significatives au plan psychique et mental. Néanmoins, vous considérez que l'incapacité de travail médico-théorique est toujours d'au moins 50% dans toute activité adaptée, et ceci depuis 2007, vous référant à l'examen clinique SMR de 2009. Or, cet examen clinique réalisé au SMR en 2009 retenait une anxiété généralisée comme diagnostic ayant répercussion sur la capacité de travail, ainsi que des limitations fonctionnelles en lien avec cette atteinte (troubles de l'attention et de la mémoire de travail, difficultés de concentration, accélération du cours de la pensée lors des pics d'anxiété). Compte tenu de ces limitations, la capacité de travail était estimée à 50%.

Dès lors, en l'absence de diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail et en l'absence de limitation fonctionnelle

significative, quels sont les éléments médicaux qui justifient actuellement une incapacité de 50%?  
L'état de santé de l'assuré s'est-il amélioré depuis l'examen clinique SMR de 2009 qui retenait une anxiété généralisée et des limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique et mental? Dans l'affirmative, une amélioration de la capacité de travail depuis 2009 n'est-elle pas attendue?"

Le 28 février 2013, l'expert Dr E. \_\_\_\_\_ a répondu au SMR comme il suit :

"Vous faites observer que l'examen clinique psychiatrique du SMR du 25.06.2009 retenait le diagnostic "d'anxiété généralisée" avec répercussion sur la capacité de travail et que les limitations fonctionnelles en lien avec cette atteinte justifiaient une diminution de sa capacité de travail de 50% dans une activité adaptée depuis janvier 2007.

Les troubles psychiques de l'assuré ont évolué favorablement et au plus tard, dès le 1.10.2012, sans autres éléments médicaux en notre possession. Depuis sa capacité de travail médico-théorique doit être considérée comme entière et ceci dans toute activité. Par erreur nous avons considéré qu'il n'y avait pas d'évolution par rapport au rapport précité, ce dont vous voudrez bien nous excuser.

Le cas échéant, si vous le désirez nous pourrions vous envoyer une rectification."

Dans un avis SMR du 21 mars 2013, les Drs W. \_\_\_\_\_ et A.B. \_\_\_\_\_ ont notamment relevé ce qui suit :

Pour rappel, il s'agit d'un assuré de 54 ans au bénéfice d'une rente depuis 1999 pour motifs psychiatriques. Au cours des révisions, une évolution favorable de l'état de santé psychique de l'assurée est notée. En 2009, un examen psychiatrique réalisé au SMR confirme cette amélioration depuis 2007 : seule une anxiété généralisée est retenue, justifiant alors une IT de 50% dans toute activité au terme de MR. Toutefois, des mesures de réadaptation sont difficiles à mettre en place en raison des difficultés à obtenir la collaboration de l'assuré. Etant donné ces difficultés, étant donné une amélioration constatée de l'état de santé de l'assuré depuis 2007 et étant donné l'absence de renseignements médicaux exploitables de la part de son psychiatre traitant, une expertise psychiatrique a été mandatée conformément à l'avis médical SMR du 17.07.2012. Des renseignements complémentaires ont été demandés à l'expert en date du 17.12.2012, auquel il a répondu par un courrier du 28.02.2013.

Cette expertise a été réalisée par le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatre-psychothérapie, en octobre 2012 (voir expertise psychiatrique du 22.11.2012). Au terme de son expertise, le Dr E. \_\_\_\_\_ met en évidence un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, une dépendance alcoolique actuellement abstinente sans médication aversive, un trouble panique et/ou un trouble de l'anxiété non spécifié actuellement en rémission, ainsi

qu'une probable personnalité état limite ou avec traits limites à défense passive-agressive. Sur la base d'un dosage plasmatique de la médication psychotrope prescrite, le Dr E.\_\_\_\_\_ constate des taux plasmatiques compatibles avec les posologies annoncées, ce qui démontre la bonne observance de l'assuré au traitement. Ceci explique également l'évolution favorable et la stabilisation de son état psychique.

En l'absence de limitations fonctionnelles significatives, le Dr E.\_\_\_\_\_ ne retient pas de diagnostics avec répercussion sur la CT. Il constate que les troubles psychiques de l'assuré ont évolué favorablement et que, au plus tard à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2012, sans autres éléments médicaux à disposition, sa CT est entière dans toute activité.

L'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ du 22.11.2012, complétée de son complément d'informations du 28.02.2013, est convaincante. L'expert fonde son appréciation sur un examen clinique psychiatrique complet, ainsi que sur l'étude du dossier à sa disposition. Les contradictions relevées initialement dans son rapport d'expertise ont pu être rectifiées par un complément d'informations. Il n'y a dès lors pas de raison de s'écarter de ses conclusions."

Par projet de décision du 3 avril 2013, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de dite décision. Se fondant sur l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr E.\_\_\_\_\_, il a considéré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité depuis le mois d'octobre 2012, de sorte que l'octroi d'une rente d'invalidité ne se justifiait plus.

Par lettre du 24 avril 2013, le Dr J.\_\_\_\_\_ s'est adressé à l'OAI en ces termes :

"Dans un courrier du 22.04.2013, le Dr D.\_\_\_\_\_, psychiatre du patient, m'apprend que le nouveau projet décisionnel concernant la rente AI de Monsieur L.\_\_\_\_\_ est tombé et qu'il s'agit d'une suppression totale de la rente.

Comme le Dr D.\_\_\_\_\_, je pense que Monsieur L.\_\_\_\_\_ est dans l'incapacité de travailler à 100% en raison de son problème psychiatrique. Cette décision m'étonne. Même si Monsieur L.\_\_\_\_\_ a relativement peu consulté durant l'année 2012, j'ai eu l'occasion de le revoir en décembre 2012, puis en mars 2013. Lors des deux dernières consultations, j'ai été frappé par son état anxieux majeur et un état non compatible avec une activité professionnelle.

Au plan physique, il a augmenté sa prise pondérale, un traitement de Xenical® a d'ailleurs été débuté. Par ailleurs, Monsieur L.\_\_\_\_\_ avait interrompu son traitement hypolipémiant ce qui s'est soldé par une très importante augmentation du cholestérol et des triglycérides.

En vous remerciant de prendre bonne [note] de ces remarques, (...)."

Par courrier du 29 avril 2013, le Dr D. \_\_\_\_\_ a fait part à l'OAI de son étonnement concernant la décision de supprimer totalement la rente de son patient en relevant notamment ce qui suit :

"Il s'agit d'un patient qui a été hospitalisé onze fois en milieu psychiatrique. La première hospitalisation remonte à 1998 et la dernière à 2006, en raison de dépression et d'une dépendance à l'alcool. Il est abstinent depuis 2006.

Monsieur L. \_\_\_\_\_ a fait des efforts pour se réinsérer après s'être formé à AutoCAD durant son séjour aux I. \_\_\_\_\_, puis à son domicile. Pris en charge par la Fondation (...), il a écrit une trentaine de lettres de motivation de fin 2008 et jusqu'au mois de février 2009.

Malgré ces démarches, il n'a jamais pu trouver un emploi.

L'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ pose cinq diagnostics, à savoir :

1. Etat dépressif majeur, récurrent, actuellement en rémission;
2. Dépendant à l'alcool, actuellement abstinent;
3. Trouble de panique et/ou trouble de l'anxiété NS, en rémission;
4. Personnalité état limite à dépendance passive/agressive;
5. Difficultés économiques, inadaptable socioculturelle.

Tous ces diagnostics sont, selon le Dr E. \_\_\_\_\_, sans répercussion sur la capacité de travail, ce qui est incongru pour plusieurs raisons.

Premièrement, si Monsieur L. \_\_\_\_\_ n'avait pas tous ces diagnostics, il pourrait certainement travailler. Donc même si les symptômes sont "masqués" par une médication très importante, la pathologie sous-jacente reste en place.

Il est dès lors clair que tous ces diagnostics ont une répercussion sur la capacité de travail.

Deuxièmement, la médication psychotrope que Monsieur L. \_\_\_\_\_ doit prendre est tellement lourde que cela a clairement une répercussion sur sa capacité de travail.

- Zyprexa 15 mg le soir et 10 mg le matin

- Efexor 300 mg ER par jour

- Seresta 15 mg à raison de 6 fois par jour

Durant les entretiens, le patient se montre très anxieux, a les mains moites avec beaucoup d'inquiétudes pour sa mère malade et pour son ex-épouse qui a un cancer métastatique du sein. Il est de plus très inquiet face à son avenir.

Le dernier essai de réinsertion au X. \_\_\_\_\_ s'est soldé par un échec en raison d'une très forte tension psychique du patient, étant persuadé de ne pas réussir compte tenu de ses échecs antérieurs, plus particulièrement aux I. \_\_\_\_\_.

Monsieur L. \_\_\_\_\_ est clairement inapte à travailler actuellement.

La suppression de sa rente AI risque fortement de décompresser le patient, que ce soit sur le plan dépressif et anxieux, une rechute éthylique n'est pas à exclure."

Par lettre de son mandataire du 6 mai 2013, l'assuré a contesté le projet de décision de suppression de sa rente d'invalidité en

niant que son état de santé, respectivement sa capacité de travail se soient améliorés. Il a également contesté la valeur probante du rapport d'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ en faisant valoir que celui-ci n'avait pas vraiment montré de manière objective une amélioration de l'état de santé et que son avis ne constituait qu'une appréciation différente de sa situation. Il indiquait que, pour l'heure, le rapport du Dr O.\_\_\_\_\_ restait le plus probant tout en relevant que dans ce dernier, la capacité de travail était inférieure à 50 % (ce taux serait atteint après la réussite des mesures de réinsertion) et que le traitement pharmacologique n'était plus le même qu'à l'époque. Il exposait encore que le suivi des mesures de réinsertion s'était justifié par l'amélioration évaluée par le Dr O.\_\_\_\_\_ mais que, la médication étant devenue beaucoup plus lourde, il était peu probable que ce taux de 50 % puisse être encore visé après des mesures de réinsertion selon le raisonnement du Dr O.\_\_\_\_\_ de l'époque. Il soulignait le fait qu'il avait été rapidement envahi par les angoisses et l'anxiété lors de son premier jour au X.\_\_\_\_\_, ce qui avait été constaté par les encadrants dans leur courriel à l'OAI du 27 octobre 2011. Il insistait sur le fait que ces derniers avaient été frappés par son état mental et non par une mauvaise collaboration de sa part. Cela étant, il invitait l'OAI à annuler son projet de décision et à confirmer le droit à une rente entière sans modification étant donné l'absence d'un motif suffisant de révision.

Dans un avis SMR du 11 juin 2013, les Drs W.\_\_\_\_\_ et A.C.\_\_\_\_\_ relevaient que les deux nouveaux rapports médicaux versés au dossier (lettre du Dr J.\_\_\_\_\_ du 24 avril 2013 et lettre du Dr D.\_\_\_\_\_ du 29 avril 2013) n'apportaient pas de nouveaux éléments sur un plan purement objectif et médical. Ils relevaient en particulier que l'expert Dr E.\_\_\_\_\_ avait également constaté une symptomatologie anxieuse mais qu'il avait considéré qu'elle n'était pas incapacitante vu sa faible intensité et que les troubles du métabolisme mis en avant par le Dr J.\_\_\_\_\_ n'avaient pas de caractère incapacitant. En ce qui concerne l'influence de la médication sur la capacité de travail, ils relevaient que l'expertise psychiatrique ne mettait pas en évidence de troubles cognitifs, de troubles de la mémoire ou de troubles de la vigilance et que, par ailleurs, elle ne semblait pas non plus affecter la vie courante de l'assuré

(cf. p. 18 du rapport d'expertise du 22 novembre 2011). Ils concluaient que les conclusions de l'expertise demeuraient valables.

**L.** Par décision du 4 octobre 2013, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Dans la lettre de motivation accompagnant dite décision, l'OAI relevait notamment ce qui suit :

"Le litige porte essentiellement sur l'aspect médical du dossier, plus particulièrement sur la CT de 100% retenue par le Dr E. \_\_\_\_\_ dans son expertise.

A cet égard, nous relevons [que] le Dr E. \_\_\_\_\_ ne retient plus de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail ni de limitations fonctionnelles, comme l'avait fait à l'époque le Dr O. \_\_\_\_\_. Les troubles ont, selon l'expert, évolué favorablement. Ce dernier a certes attesté en premier lieu une capacité de travail résiduelle de 50%, mais après interpellation de notre part, il a rectifié cette erreur manifeste. D'un point de vue anxieux il n'y a pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisée. Aucun critère clinique pour un trouble panique n'a été relevé. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un trouble obsessionnel compulsif ou un état de stress post-traumatique. Il n'existe pas non plus de signes florides de la lignée psychotique en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée.

Selon l'expert, le dossier met en évidence également un décalage important entre l'importance de la symptomatologie anxio-dépressive et l'estimation de sa capacité de travail, ce qui ressort également des tentatives de réinsertion professionnelles notamment au X. \_\_\_\_\_ ou Monsieur L. \_\_\_\_\_ a été décrit comme peu collaborant et démonstratif.

Les conclusions de l'expert se basent sur l'ensemble des pièces au dossier et reposent sur des tests effectués dans les règles de l'art. L'expertise remplit par conséquent tous les critères pour avoir pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, de sorte que nous n'avons aucune raison de nous en écarter.

Au vu de qui précède, une évolution positive de l'état de santé de votre mandant est bien présente; une diminution de la rente est par conséquent justifiée."

**M.** Par acte de son mandataire du 4 novembre 2013, L. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 4 octobre 2013 supprimant sa rente d'invalidité devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse, le droit à une rente entière devant être constaté. Dans l'hypothèse d'un renvoi du dossier à l'intimé pour un complément d'instruction, il a requis qu'ordre soit donné à ce dernier de réintroduire le droit à la rente entière durant l'instruction complémentaire. A l'appui de son recours, l'assuré fait

principalement valoir que l'expertise psychiatrique sur laquelle s'est fondé l'OAI pour rendre sa décision n'a pas de valeur probante et qu'elle ne constitue qu'une nouvelle appréciation d'une situation inchangée, ne permettant en aucun cas la suppression de la rente d'invalidité. Il expose ainsi notamment ce qui suit :

"(...) si la suppression pure et simple de la rente a été décidée, c'est uniquement à la lumière des conclusions de l'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_, qui a conclu pour sa part et en contradiction avec l'intégralité des pièces du dossier à une capacité de travail entière sans diminution de rendement. Cette expertise présente toutefois indiscutablement des contradictions, concluant dans un premier temps à une incapacité de travail de 50 % sur la base des conclusions du Dr O.\_\_\_\_\_ de 2009, tout en décrivant les diagnostics retenus comme «en rémission». Ce point de vue est totalement contesté et doit plutôt bien être mis en lien avec l'importante médication du recourant. En fait, l'état de santé de ce dernier reste toujours aussi précaire, comme en attestent les indications données par le Dr D.\_\_\_\_\_ le 9 octobre 2011.

En présence de troubles de nature psychotique postérieurs à l'examen psychiatrique SMR du 25 juin 2009, l'hypothétique récupération d'une capacité de travail de 50 % après réussite de mesures de réinsertion (qui n'ont justement pas pu être mises en place pour raison de santé) indiquées par le Dr O.\_\_\_\_\_ ne s'est non seulement pas concrétisée, mais n'apparaît dans tous les cas plus du tout d'actualité.

En ce qui concerne les indications données par le Dr E.\_\_\_\_\_, elles n'emportent pas la conviction. En effet, ce dernier s'est comme à son habitude attaché à d'hypothétique problèmes d'acculturation, aux soupçons de dénonciation (alors que le rapport de police y relatif ne figure même pas au dossier et ne semble attester de toute façon de la reprise d'aucune activité autre qu'occupationnelle), concluant pour l'essentiel à l'impossibilité de réinsérer le marché du travail en raison d'un seul «manque de motivation», pourtant souvent décrit comme caractéristique des états dépressifs. S'agissant des problèmes anxieux, ils sont minimisés et réfutés pour des problèmes fallacieux, l'anxiété pouvant bien évidemment se manifester différemment suivant le contexte, et en principe pas dans le cadre d'une relation sentimentale. Ainsi, le fait que le recourant ait été en mesure de nouer une relation avec une femme plus jeune que lui ne constitue bien évidemment pas un argument valable pour nier la gravité de ses angoisses massives, qui se manifestent justement dans d'autres contextes et qui ont été constatées par tous les médecins consultés, à l'exception bien sûr du Dr E.\_\_\_\_\_."

En outre, le recourant soutient que les conclusions du Dr E.\_\_\_\_\_, tout d'abord pour une capacité de travail de 50 %, puis après questionnement de l'Office, pour une capacité de travail entière, ne peuvent pas emporter la conviction.

Dans sa réponse du 14 février 2014, l'OAI conclut au rejet du recours en relevant notamment ce qui suit :

"(...) tant le Service médical régional de l'assurance-invalidité (examen clinique psychiatrique du 25 juin 2009 et avis médicaux des 26 octobre 2011 et 17 juillet 2012) que l'expert externe mandaté par la suite, le Dr E. \_\_\_\_\_ (rapport du 22 novembre 2012, ainsi que son complément du 28 février 2013), ont estimé qu'une amélioration de l'état de santé psychiatrique est survenue postérieurement au 12 septembre 2003, attestant par la même de l'existence d'un motif de révision.

Le recourant soutient que ses médecins traitants seraient d'un avis divergent. Nous avons néanmoins fait prévaloir les conclusions de l'expert en application des règles jurisprudentielles applicables en la matière. En effet, les arguments tendant à minimiser la valeur probante du travail de l'expert ne sont pas de nature à remettre valablement en doute leur bien-fondé.

En effet, l'intéressé se réfère plus aux «habitudes» du Dr E. \_\_\_\_\_, dont les motifs auraient un caractère «fallacieux» qu'il ne formule de critiques ciblées et objectives qui remettraient en cause le raisonnement de l'expert. Il tente toutefois d'établir que le rapport de l'expert comporterait des contradictions. Il conteste, à titre d'exemple, le fait que les diagnostics retenus seraient réellement en rémission, en affirmant que cela «doit plutôt bien être mis en lien avec l'importante médication». Or, cas échéant, qu'y aurait-il de problématique, respectivement de contradictoire, à constater que l'état de santé s'améliore en raison de la médication prescrite par les médecins traitants?"

Par réplique du 13 mars 2014, le recourant a confirmé ses conclusions en reprenant pour l'essentiel l'argumentation de l'acte de recours. Il a requis, dans l'hypothèse où la Cour de céans ne s'estimerait pas suffisamment renseignée pour admettre le recours, qu'une expertise judiciaire soit mise en œuvre.

Le 4 avril 2014, l'intimé a indiqué que l'écriture du recourant n'appelait pas d'autre commentaires que ceux formulés dans la réponse.

Le 22 avril 2014, le recourant a confirmé ses écritures précédentes.

**E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

**b)** En l'espèce le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA). Il est donc recevable à la forme.

**2.** Est litigieuse en l'occurrence la suppression de la rente entière d'invalidité du recourant pour le motif que son état de santé se serait amélioré selon l'intimé, qu'il ne présente plus d'atteintes à la santé incapacitantes et dispose désormais d'une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle. Pour ce faire, l'OAI s'est principalement fondé sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr E.\_\_\_\_\_, qui conclut à l'absence d'une atteinte psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant. La valeur probante de cette expertise est contestée par le recourant qui prétend qu'elle est en totale contradiction

avec les autres éléments médicaux du dossier et qu'elle ne constitue qu'une appréciation différente d'une situation médicale identique. Ainsi, il n'y aurait, selon le recourant, pas de motif suffisant pour admettre une révision du droit à la rente. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire.

**3. a)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA, en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003, et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine).

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point

déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

**4. a)** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2b ; TF [Tribunal fédéral] 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la

diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

**b)** L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

L'art. 88bis al. 2 RAI stipule que la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; rétroactivement à la date à laquelle elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 (let. b).

**c)** Dans le cas particulier, il convient de rappeler qu'à la suite de la demande initiale de prestations AI, complétée par l'assuré en novembre 1999, l'OAI a reconnu ce dernier invalide à hauteur de 100 % et lui a alloué une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 1999 au 31 mai 2001, puis à nouveau dès le 1<sup>er</sup> janvier 2002, par décision du 1<sup>er</sup> juillet 2003. Pour ce faire, l'OAI s'est fondé sur les nombreux rapports médicaux

figurant au dossier. Certes, les différents psychiatres qui se sont occupés du recourant, soit en traitement ambulatoire (CPS) soit en établissement psychiatrique lors des nombreuses hospitalisations de l'intéressé à l'époque de la décision, ne retenaient pas des diagnostics psychiatriques identiques. Ainsi entre 1997 à 1999, ce sont les diagnostics d'abord de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites et de personnalité psychotique de type paranoïaque qui étaient évoqués, puis de trouble mixte, anxieux et dépressif, alors que dès 2000, les psychiatres retenaient plutôt, outre un syndrome de dépendance à l'alcool, une anxiété généralisée, un trouble dépressif majeur sans symptôme psychotique, une personnalité émotionnellement labile, type borderline et, en 2001, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques et une personnalité psychotique de type paranoïaque. Quoiqu'il en soit, il s'agissait de troubles psychiatriques importants et lourdement incapacitants avec une symptomatologie de la ligne anxio-dépressive importante et un trouble de la personnalité sous-jacent décompensé, auxquels s'ajoutait un syndrome de dépendance à l'alcool. Les nombreuses hospitalisations du recourant corroboraient l'avis de l'ensemble des intervenants selon lesquels la capacité de travail de l'assuré à l'époque était nulle dans toute activité, ses efforts sporadiques pour retrouver un travail s'étant tous soldés par des abandons rapides en raison de son état psychique. Un seul psychiatre, le Dr H.\_\_\_\_\_, expert mandaté par l'assurance de perte de gain T.\_\_\_\_\_, divergeait dans les diagnostics qu'il retenait et dans l'appréciation du cas et de la capacité de travail exigible (rapport d'expertise du 8 août 2000) : retenant comme diagnostics une personnalité passive-agressive, dépendante et évitante, avec une probable structuration borderline et une dépression liée à la structuration de la personnalité, névrotique et réactionnelle, récurrente, avec des attaques d'angoisses paroxystiques avec somatisations (précordialgies), une hypocondrie non délirante et une accoutumance-dépendance alcoolique, il estimait néanmoins que, théoriquement, le recourant pourrait travailler au moins à 50 % mais que, n'ayant plus travaillé régulièrement depuis 1994, la possibilité de reprendre un travail régulier apparaissait incertaine. A cet égard, il précisait que le recourant ne présentait pas une simulation mais une exagération dans le sens de la

fixation des bénéfiques secondaires de sa pathologie. Quoiqu'il en soit, les médecins du SMR n'ont pas retenu son opinion divergente et lui ont préféré les avis concordants des autres psychiatres qui attestaient une incapacité totale de travail et de nombreuses hospitalisations. C'est ainsi qu'ils ont estimé que le recourant souffrait d'une longue maladie depuis septembre 1997 au moins (limitations fonctionnelles psychiatriques seulement) qui le rendait totalement incapable de travailler dans toute profession depuis cette époque, hormis quelques tentatives de reprise d'activité dont il a été tenu compte au moment de l'octroi de la rente (avis SMR du 8 août 2002).

Une première procédure de révision initiée en 2006 a abouti au maintien du droit à la rente du recourant pour le motif que son invalidité ne s'était pas suffisamment modifiée pour influencer son droit à la rente (décision du 22 décembre 2006). Pour rendre sa décision, l'OAI s'est principalement fondé sur le rapport médical des psychiatres de l'Unité de psychiatrie ambulatoire du 23 octobre 2006, dans lequel ils renaient comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail une anxiété généralisée, un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, un trouble de la personnalité à traits dépendants et une dépendance à l'alcool, actuellement abstinent mais en milieu protégé. Ils précisait qu'ils avaient noté une évolution favorable depuis le mois de mars 2006 dans le sens où leur patient avait été pris en charge par la Fondation I. \_\_\_\_\_ et où ils constataient une relative stabilisation sur le plan de sa problématique anxieuse et alcoolique. Ils restaient toutefois d'avis que l'état du recourant ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle dès lors que l'activité entreprise en milieu protégé ne se passait que moyennement bien, l'intéressé étant régulièrement confronté à des angoisses importantes quand il rencontrait des difficultés dans dite activité. Ainsi, selon ces psychiatres, le recourant présentait toujours une incapacité de travail de 100 % dans toute activité.

Après que l'OAI a reçu une copie du rapport de police établi le 10 juin 2008, dont il ressort qu'en date du 6 juin précédent, le recourant avait été arrêté au volant de son véhicule à la suite de diverses infractions

graves aux règles de la circulation alors qu'il était en train de transporter sur leur lieu de travail deux collaborateurs d'une entreprise de ferrailage pour laquelle il avait admis travailler également - mais à titre bénévole - non seulement en effectuant des transports de personnes mais également en donnant des coups de main pour expliquer les plans de ferrailage aux ouvriers et contrôler leur travail (il se référait à sa formation d'ingénieur en génie civil acquise dans son pays d'origine), une seconde procédure de révision a été initiée en 2008. Elle s'est soldée par la suppression de la rente d'invalidité selon la décision litigieuse du 4 octobre 2013.

Au stade de la présente procédure, il y a en conséquence lieu de se prononcer sur la question de l'amélioration de l'état de santé du recourant telle que retenue par l'intimé dans la décision litigieuse depuis la première procédure de révision de 2006.

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. 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 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; 136 I 229 consid. 5.3; TF, 9C\_382/2008 arrêt du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

**6. a)** Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr E.\_\_\_\_\_ sur laquelle s'est fondé l'intimé pour supprimer sa rente d'invalidité, en faisant valoir que ses conclusions sont en contradiction avec l'ensemble des éléments médicaux du dossier, et en particulier avec les diagnostics et la capacité de travail attestés par son médecin et son psychiatre traitants. Il reproche également à l'expert d'avoir adopté des positions contradictoires quant à la capacité de travail, en optant dans un premier temps pour une capacité de travail de 50 %, à l'instar de ce qu'avait préconisé le Dr O.\_\_\_\_\_ du SMR dans son rapport d'examen clinique du 23 juillet 2009 - qu'il subordonnait toutefois à la réussite de mesures de réinsertion -, avant de conclure à une capacité de travail de 100 % après avoir été interpellé sur ce point par le SMR. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire.

En l'espèce, la Cour de céans constate, après analyse, que le rapport d'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ se fonde sur des examens complets, qu'il prend en considération les plaintes du recourant, décrit de façon détaillée son anamnèse (familiale, professionnelle, affective et sociale, socio-économique et psychiatrique) et relate la description que l'assuré lui a faite de sa vie quotidienne. Il a été établi en pleine connaissance du dossier de l'assuré. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions de l'expert, détaillées, sont bien motivées et convaincantes. A ce titre, le rapport d'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ emporte la conviction de la cour, qui lui reconnaît une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 5a ci-dessus). On soulignera en particulier qu'après avoir exposé l'anamnèse, relaté les indications subjectives données par le recourant et fait état de ses constatations objectives (résultats des dosages médicamenteux démontrant la bonne observance du traitement médicamenteux et résultats de l'examen clinique; cf. p. 20 du rapport), et indiqué retenir comme diagnostics - mais sans répercussion sur la capacité de travail de l'expertisé - :

- Un état dépressif majeur récurrent, actuellement en rémission, ou sub-clinique

- Une dépendance éthylique, actuellement abstinent sans médication aversive
- Un trouble panique et/ou trouble de l'anxiété NS, actuellement en rémission
- Une personnalité état limite, ou avec traits limites, à défense passive agressive

l'expert explique de façon détaillée et minutieuse les motifs qui l'ont amené à considérer que les troubles psychiatriques présentés par le recourant étaient désormais en rémission. Ses considérations quant à l'absence d'une anxiété généralisée parce que ne se manifestant pas de manière chronique, quand bien même il a pu observer lui-même une certaine tension nerveuse chez l'expertisé (mouvements du pied) sont particulièrement convaincantes. Il en va de même de ses observations quant au manque de motivation et de collaboration du recourant, à ses attitudes démonstratives et sur un mode passif-agressif. Tous ces éléments sont en effet corroborés par le comportement du recourant tout au long de la présente procédure de révision : à la suite du rapport du Dr O.\_\_\_\_\_ en juillet 2009, le recourant a refusé toute mesure d'insertion qui ne lui permettrait pas d'exercer le métier d'ingénieur en génie civil ou de dessinateur technique. Ce n'est qu'après avoir reçu le projet de décision réduisant son droit à la rente du 22 janvier 2010 et l'avoir contesté avec succès, qu'il a "accepté" de reprendre les entretiens en vue de la mise sur pied de mesures d'insertion. Or, il ressort du dossier qu'il a repoussé plusieurs de ces entretiens, pendant presque une année, pour le motif qu'il devait s'occuper de sa mère malade en Bosnie. Cette situation a duré pendant toute l'année 2010, malgré l'envoi de deux sommations (art. 21 al. 4 LPGA). Bien plus, alors que l'OAI avait accepté de suspendre le projet de décision réduisant son droit à la rente du 9 août 2011 après que le recourant s'était finalement "engagé" par écrit à suivre la mesure de réadaptation (entraînement à l'endurance) mise sur pied avec le X.\_\_\_\_\_, le recourant a obtenu de son psychiatre traitant qu'il atteste auprès de l'OAI son incapacité totale de travailler en raison de la gravité de ses troubles psychiatriques (lettre du 22 septembre 2011 et rapport médical du 9 octobre 2011 retenant comme diagnostic un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques); s'étant finalement présenté au X.\_\_\_\_\_ pour le démarrage de la mesure de réinsertion, le recourant est parti après quelques jours seulement. La

mesure de réinsertion a finalement été supprimée, le recourant ayant produit un certificat médical du Dr D.\_\_\_\_\_ attestant son incapacité totale de travail pendant plusieurs semaines. D'autres certificats médicaux successifs établis par le Dr D.\_\_\_\_\_ et attestant une incapacité de travail à 100 % ont suivi. A cet égard, il est curieux de constater qu'alors que le recourant avait renoncé à poursuivre le traitement psychothérapeutique entrepris auprès des psychiatres de l'Unité de psychiatrie ambulatoire (lettre des Drs N.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ du 19 mars 2008 au médecin traitant du recourant) en faveur de "séances" avec le Dr J.\_\_\_\_\_, interniste, toutes les 4 à 6 semaines, il a repris contact avec un psychiatre (le Dr D.\_\_\_\_\_) en février 2011 (rapport médical du Dr D.\_\_\_\_\_ du 9 octobre 2011), soit après que l'OAI l'eut sommé de participer à la mesure de réinsertion décidée le 10 janvier 2011. En dernier lieu, on relèvera que les conseillers en réadaptation du X.\_\_\_\_\_ ont eux aussi, dans leur rapport final du 20 décembre 2011, décrit le recourant comme plaintif et démonstratif durant l'entretien de visite du X.\_\_\_\_\_ et lors des premiers jours de la mesure, répétant son désaccord avec l'exigibilité médicale (cf. avis SMR du 17 juillet 2012).

C'est dans ce contexte de mise en échec que le SMR a conclu à la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique (avis SMR du 17 juillet 2012), qui a été confiée au Dr E.\_\_\_\_\_. On notera que, préalablement, le Dr Q.\_\_\_\_\_ du SMR, dans un avis du 26 octobre 2011 consécutif au rapport médical du Dr D.\_\_\_\_\_ du 9 octobre 2011 retenant comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptôme psychotiques existant depuis 1997, s'étonnait déjà que le recourant ait pu s'occuper de sa mère malade en Bosnie en janvier 2011 tout en étant atteint d'un trouble psychiatrique aussi grave selon le Dr D.\_\_\_\_\_.

On ne saurait pas non plus suivre le recourant quand il conteste que les diagnostics psychiatriques retenus par l'expert puissent être considérés comme étant en rémission. En ce qui concerne le syndrome de dépendance alcoolique, il est établi - et non contesté - que le recourant est abstinente depuis l'année 2006 à la suite de son long

séjour à la Fondation I.\_\_\_\_\_. Quant aux autres diagnostics, l'expert a clairement et de façon tout à fait convaincante expliqué que leur rémission s'expliquait par la bonne compliance du recourant au traitement médicamenteux. Les arguments des médecin et psychiatre traitants du recourant (lettres des 24 et 29 avril 2013) à cet égard ne lui sont d'aucun secours : ses médecins, très impliqués dans le lien thérapeutique avec leur patient, se contentent de contester les diagnostics retenus par l'expert, de poser les leurs, sans autre explication, de rappeler que l'assuré a fait l'objet de plus de dix hospitalisations en milieu psychiatrique et de rapporter les plaintes du recourant quant à ses crises d'angoisse. Ils ne décrivent en rien la façon dont celles-ci se manifesteraient et il en va de même des limitations fonctionnelles importantes dont ils font état comme des symptômes psychotiques allégués. Ainsi, c'est en vain qu'on cherche des éléments objectifs qui pourraient donner un peu de pertinence à leurs propos. On relèvera également que le Dr J.\_\_\_\_\_ n'est pas un spécialiste en psychiatrie. En ce qui concerne les hospitalisations en milieu psychiatrique, on rappellera en outre que la dernière a eu lieu en 2002 et que le séjour du recourant à la Fondation I.\_\_\_\_\_ pour un traitement alcoolique de longue durée a eu lieu en 2006. Or, la présente procédure de révision a débuté en juin 2008 et la décision a été rendu fin 2013 avec suppression de la rente dès décembre 2013.

Il n'est pas inutile de rappeler que l'état psychiatrique du recourant a commencé à s'améliorer à compter du moment où il est devenu abstinent, ainsi que cela ressort du rapport médical des Drs N.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ du 23 octobre 2006 où ils précisait que le trouble dépressif récurrent était déjà alors en rémission, ce qui a été confirmé par le courrier que les Drs V.\_\_\_\_\_ ont adressé au Dr J.\_\_\_\_\_ le 18 mars 2008, tous éléments confirmés par le rapport d'expertise du Dr O.\_\_\_\_\_ du SMR du 23 juillet 2009, pour qui le trouble dépressif récurrent était toujours en rémission.

S'agissant du traitement médicamenteux décrit comme extrêmement lourd par les médecins traitants du recourant, au point qu'il en serait incapacitant, il convient de relever qu'ils ne donnent aucune

explication quant aux raisons pour lesquelles ils ont instauré un tel traitement. En revanche, on se souvient que, déjà en 2008, les Drs N.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ indiquaient que leur patient n'avait pas de plainte spécifique à amener mais qu'il attachait beaucoup d'importance à sa prise médicamenteuse dont il disait ne pas pouvoir se passer. Pour le surplus, on relèvera avec l'intimé (réponse du 14 février 2014) qu'on ne voit pas en quoi il y aurait problématique, respectivement contradiction à constater, comme le fait l'expert, que l'état de santé psychique du recourant s'est amélioré en raison de la médication prescrite par ses médecins traitants. Par ailleurs, malgré la persévérance de l'incapacité de travail totale retenue par les médecins traitants, il s'avère que le recourante a pu entreprendre plusieurs voyages en Bosnie, s'occuper de sa mère malade et âgée et œuvrer pour une entreprise de ferrailage en tant que chauffeur, instructeur et contrôleur (cf. rapport de police du 17 juin 2008). Les médecins traitants n'ont pas expliqué comment ces activités, non négligeables, se laissaient concilier avec leur appréciation.

Enfin, même s'il est pour le moins malheureux que l'expert Dr E.\_\_\_\_\_ ait dû admettre avoir commis une erreur manifeste en concluant dans un premier temps à une capacité de travail de 50 %, avant de rectifier son appréciation à la suite de l'interpellation du SMR, il n'en demeure pas moins qu'il a expliqué de façon convaincante qu'il avait faussement considéré au moment de l'établissement du rapport d'expertise (le 22 novembre 2012) qu'il n'y avait pas eu d'évolution sur ce plan depuis le rapport d'expertise du Dr O.\_\_\_\_\_ (complément d'expertise du 28 février 2013 à la suite de l'interpellation du SMR du 17 décembre 2012). Avec le SMR (avis du 21 mars 2013), il faut admettre qu'il s'agit bien d'une erreur et non d'un changement d'appréciation du cas, dès lors que, d'emblée, l'expert avait indiqué qu'aucun des diagnostics psychiatriques retenus n'avaient plus d'influence sur la capacité de travail du recourant. Il était donc pour le moins logique qu'au final il conclue à une capacité de travail de 100 % dès le mois d'octobre 2012 (l'expertise s'est déroulée le 15 octobre 2012).

En conclusion, au vu des éléments indiqués ci-dessus, la Cour de céans confirme la pleine valeur probante de l'expertise psychiatrique confiée par l'intimé au Dr E.\_\_\_\_\_. Cela étant, il y a lieu de constater que, l'expert n'ayant retenu aucun diagnostic psychiatrique ni aucune limitation fonctionnelle de cette nature ayant effet sur la capacité de travail du recourant et conclu que ce dernier disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité dès le mois d'octobre 2012, c'est avec raison que l'OAI a révisé le droit à la rente de l'intéressé dans le sens d'une suppression totale dès le premier jour du deuxième mois à compter de la notification de la décision litigieuse le 4 octobre 2013.

**b)** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner l'instruction complémentaire requise par le recourant (mise en œuvre d'une expertise judiciaire confiée à un spécialiste en psychiatrie). En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; cf. consid. 5b ci-dessus; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 arrêt du 12 octobre 2009 consid. 3.2; 9C\_440/2008 arrêt du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

**7.** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. Reste à examiner la question des frais judiciaires et des dépens.

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 d'invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. La partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge du recourant, qui succombe.

Le présent arrêt est rendu sans dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 4 octobre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, à la charge du recourant L. \_\_\_\_\_, sont arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs).
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Procap, Service juridique, à Bienne (pour le recourant),
- 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 :