

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mai 2015

Composition : M. MERZ, président
Mmes Rossier et Silva, assesseurs
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

E. _____, à Prilly, recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 8a al. 1, 17 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28, let. 1 al. 1 et 3 dispositions finales LAI ; Circulaire CDF

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'intimé ou le recourant), né en 1967, originaire de Macédoine, a travaillé comme étancheur jusqu'en avril 1998. Il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 27 juillet 1998, renvoyant à son médecin traitant, le Dr K._____, concernant le genre d'atteinte dont il souffrait. Ce médecin a posé, dans un rapport à l'intention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) du 26 août 1998, les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme, état après distorsion cervicale (accident de travail le 2 décembre 1996), état après traumatisme d'accélération cervicale (accident de voiture le 24 décembre 1996), insertionnisme sacro-pelvienne, contractures, myalgies lombaires et syndrome fémoro-rotulien douloureux droit.

Dans un rapport du 7 septembre 2000, le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) et médecin traitant du recourant, a posé sur le plan psychiatrique le diagnostic de troubles somatoformes indifférenciés. L'incapacité de travail était de 100 % et une mesure de réinsertion professionnelle pourrait être envisagée dans quelques mois ou années. Il ressort d'un rapport intermédiaire de l'OAI du 22 septembre 2000 que l'assuré avait commencé un stage d'observation le 14 août 2000, interrompu le 22 suivant, sur la base d'un certificat médical du Dr N._____.

Le 12 février 2001, l'OAI a rendu une décision de rente basée sur un degré d'invalidité de 100 %, avec effet dès le 1^{er} décembre 1997.

B. L'OAI a ouvert une procédure de révision d'office à la fin de l'année 2001. Il a à cette occasion réinterrogé les médecins traitants de l'assuré. Dans un rapport du 25 février 2002, le Dr N._____ a déclaré qu'il n'y avait pas d'amélioration de l'état psychique du patient, mais que

ce dernier ne consultait en revanche plus de spécialistes somaticiens. Dans un rapport du 15 mars 2002, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale, a également attesté une incapacité entière de travail, et retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail : troubles somatiques indifférenciés, état après distorsion cervicale et état après traumatisme d'accélération cervicale.

Par communication du 31 mai 2002, l'OAI a informé l'assuré du maintien de sa rente.

C. L'OAI a ouvert une nouvelle procédure de révision à la fin de l'année 2006. Le Dr D._____ a confirmé une incapacité totale de travail dans un rapport du 29 décembre 2006, en raison des mêmes diagnostics que les années précédentes. Il n'y avait aucune possibilité de réinsertion professionnelle, les tentatives précédentes ayant toutes provoqué une décompensation psychiatrique sévère. Son patient n'était plus suivi par un psychiatre.

Par communication du 23 janvier 2007, l'OAI a informé l'assuré du maintien de sa rente, le degré d'invalidité n'ayant pas changé au point d'influencer le droit à la rente.

D. Ouvrant à nouveau une procédure de révision, l'OAI a envoyé un questionnaire à l'assuré le 16 mars 2012 qu'il a rempli le 18 avril 2012, indiquant qu'il était sans activité lucrative, son état de santé étant toujours le même. Il était actuellement suivi par le Dr D._____. Ce dernier a également rempli un questionnaire, le 6 juillet 2012, mentionnant les troubles somatoformes indifférenciés comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail et l'état après traumatisme d'accélération cervicale comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail. L'état du patient était stationnaire, les douleurs migrantes et l'anxiété généralisée. Il avait des cauchemars et ne pouvait pas se passer de neuroleptiques. L'incapacité de travail était de 100 % de manière définitive.

E. **a)** Par communication du 1^{er} novembre 2012, l'OAI a informé l'assuré que la mise en œuvre d'une expertise médicale rhumatologique et psychiatrique était nécessaire afin de clarifier le droit aux prestations. Dans ce cadre, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a rendu un rapport le 15 janvier 2013, sur la base du dossier de l'OAI, du dossier radiologique de l'assuré, d'un examen clinique, de l'examen clinique du Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et de leur entretien bidisciplinaire. On extrait de ce rapport ce qui suit :

« 4. DIAGNOSTICS

4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- Syndrome lombovertébral et cervicobrachialgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Gonalgies bilatérales sans substrat organique
- Status post-opération oeil G et D pour myopie en 2002 et pour strabisme en 2004
- Status post-pancréatite biliaire en 2005
- Status post-cholécystectomie par la voie laparoscopique en 2005
- Status post-syndrome d'apnée du sommeil non appareillée en 1998.

APPRECIATION DU CAS

Nous sommes confrontés à un assuré de 45 ans, d'origine macédonienne, en Suisse depuis 1989, détenteur d'un permis C, marié, père de trois enfants à sa charge, sans formation professionnelle mais ayant travaillé depuis qu'il est en Suisse comme étancheur. Cette activité est stoppée depuis 1996, date de deux accidents mineurs. Il est détenteur d'une rente entière depuis le 01.12.1997.

Du point de vue médical, il est connu pour un status post-opération des yeux pour myopie et strabisme en 2002 et respectivement en 2005, pour une pancréatite biliaire avec cholécystectomie par voie laparoscopique en 2005 ainsi qu'un syndrome d'apnée du sommeil en 1998 non appareillée avec évolution spontanément favorable. Depuis 1996, il signale l'apparition de cervicobrachialgies ainsi que des lombalgies basses qui se sont cristallisées.

Au status, on note un syndrome cervicobrachial et lombovertébral modérés et sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Les amplitudes articulaires sont toutes conservées. Il n'y a pas de signe de synovite ou de ténosynovite. On note certes quelques points d'insertion douloureux cependant non significatif, il n'y a pas de signe de non organicité.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiologique est rassurant. On note une minime spondylose antérieure du plateau supérieur de L4, cependant non significatif. Il n'y a pas de discopathie significative, tant au niveau cervical que lombaire ou de trouble dégénératif facettaire postérieur. L'ultrasonographie des

genoux, mains et coudes est rassurante, le Score-Sonar est à 0. On note [une] absence de signe de synovite. La radiographie des mains est également dans les normes.

Du point de vue thérapeutique, il est à noter que l'assuré ne bénéficie pas de manière régulière de prise en charge physiothérapeutique. Celle-ci pourrait être, en cas d'exacerbation de la symptomatologie douloureuse, réintroduite sous forme de thérapie manuelle à sec, voire éventuellement en piscine. L'utilisation d'une ceinture lombaire est également à encourager.

Du point de vue médicamenteux, il est à noter que l'assuré ne prend qu'au coup par coup et en fonction des douleurs, une médication antalgique mineure et d'AINS. Celle-ci, en cas de recrudescence de la symptomatologie pourrait être plus régulière.

Concernant son exigibilité, du point de vue purement rhumatologique, au vu de la chronicisation de la symptomatologie on peut estimer une capacité de travail dans son ancienne activité [de] 60 % et dans une activité adaptée en alternant les positions assises ou debout, en limitant les ports de charges avec long bras de levier et en porte-à-faux de manière répétitives de 100 %.

Du point de vue interdisciplinaire, après discussion avec le Dr P._____, en tenant compte de la situation psychiatrique et rhumatologique, la capacité de travail dans son ancienne activité d'étancheur est estimée à 60 %. Dans une activité adaptée, à 100 %.

A notre avis, cette appréciation se différencie de celle du Dr D._____ mais s'apparente à celle du Dr [...] [rapport du 10 novembre 1997] qui lui estimait une capacité de travail entière. Il n'y a pas de lésion radiologique et somatique suffisamment significative pouvant justifier une incapacité de travail. Fort est de constater une certaine discordance entre les plaintes de l'assuré, l'impotence fonctionnelle qu'elles entraînent aux dires de l'assuré dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle, et l'examen clinique et paraclinique effectués jusqu'à ce jour. La symptomatologie douloureuse ne peut pas être expliquée par le socle somatique présenté par l'assuré. »

Des mesures de réadaptation pouvaient être envisagées. L'assuré devait éviter le port de charges supérieures à 20-30 kg en porte-à-faux et avec long bras de levier et de manière répétitive. Dans une activité respectant ses limitations, il n'y avait pas de baisse de rendement.

b) Le Dr P._____ a rédigé son rapport le 17 janvier 2013. On en extrait ce qui suit :

« Diagnostics :

- *Avec répercussion sur la capacité de travail*
Aucun sur le plan psychiatrique
- *Sans répercussion sur la capacité de travail*
Dysthymie F34.1

Appréciation du cas :

[...]

L'examen psychiatrique du 16 janvier 2013 met en évidence :

- o Les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec moral préservé, sans tristesse ni irritabilité, fatigabilité anamnesticque sans trouble de concentration ou de mémoire, ruminations existentielles sans idées noires, sans anhédonie, sans repli social, avec perte d'estime de lui-même partielle, sommeil déclaré comme mauvais, perturbé par des réveils récurrents, appétit conservé. Le tableau est particulier de par sa fluctuation, avec, à raison de 70 % du temps, des moments où il se sent moins bien et s'isole, à raison de 30 % du temps, des moments où il se sent mieux et apprécie d'être avec les enfants, de sortir. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assuré, qui fait les commissions et s'occupe de ses enfants.
- o Une absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic particulier et incapacitant, avec éléments en faveur d'angoisses itératives qui passent seules, éléments en faveur d'anxiété généralisée, mais, selon les critères CIM-10, ces crises à raison d'une fois par semaine témoignent d'une symptomatologie d'anxiété généralisée d'intensité moyenne, n'ayant pas de valeur incapacitante, sans élément en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie, de phobie sociale, de la lignée obsessionnelle.
- o Une absence de signe floride de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de personnalité.
- o L'existence d'une symptomatologie algique, sans grande intensité ni détresse.

Selon les critères en vigueur actuellement, l'existence d'un tableau algique pourrait faire envisager un trouble somatoforme, mais manquent alors l'intensité des plaintes et la détresse ; l'aspect incapacitant de ce tableau algique doit être apprécié selon les critères de sévérité actuelles, c'est-à-dire :

- o L'existence d'une comorbidité psychiatrique manifeste n'est pas retrouvée dans la mesure où l'intensité d'un tableau de dysthymie ne peut participer d'une comorbidité,
- o Une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable : l'assuré est au bénéfice d'une rente AI entière dès 1997,
- o Une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est pas retrouvée,
- o Un état psychique cristallisé est probable,
- o l'échec au traitement est difficile à envisager puisqu'aucun traitement psychiatrique n'a lieu depuis 2003,
- o L'ensemble des critères de jurisprudence n'étant pas réunis, nous ne pouvons envisager l'aspect incapacitant de ce tableau algique.

Il est à préciser que, sur un plan médico-théorique, l'assuré a présenté des troubles ayant mené à l'octroi d'une rente complète sur la foi de certificats médicaux des médecins traitants, évoquant un diagnostic de trouble somatoforme. L'Arrêt Pinto concernant le TSD [trouble somatoforme douloureux] remonte à 2004 et a changé notre appréciation. Les différentes révisions ultérieures ont entériné une décision préalable à l'Arrêt Pinto, ces révisions n'ont pris en compte que des avis des médecins traitants. Actuellement, on doit admettre que les troubles psychiques n'ont qu'une faible valeur incapacitante. On peut donc exiger de l'assuré qu'il fasse un effort pour surmonter ses troubles dans la perspective rémunérée. Le pronostic est pourtant réservé, l'intéressé ayant assimilé un statut d'invalidé dont il sera difficile de l'affranchir. L'exigibilité ne peut être d'emblée complète. Elle est de 50 % à dater du jour de l'expertise et devrait faire l'objet d'une réévaluation après un an, durée minimum pour un reconditionnement dans une telle situation.

Notre examen clinique n'a pas montré de signes de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant selon les critères en vigueur actuels de perturbation de l'environnement psychosocial. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer.

Sur le plan psychiatrique, nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 16 janvier 2013 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail au sens de la LAI et selon les critères en vigueur actuels. Force est de constater que l'assuré est au bénéfice d'une rente entière depuis 1997 soit selon les critères qui sont antérieurs à ceux proposés à partir de l'Arrêt Pinto de 2004 et que les différentes révisions ont entériné une situation sur la base de rapports médicaux des médecins traitants. La faible valeur incapacitante des troubles psychiques actuels doit faire reconsidérer l'aspect incapacitant du tableau initial et, en l'absence de suivi psychiatrique ou de possibilité d'appréciation de l'évolution dans ce domaine, nous proposons le maintien d'une incapacité de travail à 60 % au vu de l'ancienneté des troubles avec réévaluation à un an, durée minimum pour un reconditionnement dans un tel cas.

Sur le plan bi-disciplinaire, après discussion avec notre collègue, le Dr R. _____, en tenant compte de la situation psychiatrique et rhumatologique, la capacité de travail dans son ancienne activité d'étoncheur est estimée à 60 %. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est estimée à 100 %.

Les limitations fonctionnelles :

Sur le plan psychiatrique, ancienneté des troubles et fixation dans une position d'invalidé, aucune au sens de la LAI.

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

L'assuré est au bénéfice d'une rente entière AI dès le 01 décembre 1997.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Evolution favorable avec arrêt du suivi psychiatrique.

Concernant la capacité de travail exigible :

- Dans l'activité habituelle 60 % dès la date de l'examen, à réévaluer au bout d'un an.
- Dans une activité adaptée 60 % dès la date de l'examen, à réévaluer au bout d'un an.
- Nous ne voyons pas de raison médicale à une réadaptation professionnelle. »

Le SMR ayant relevé des contradictions dans le rapport précité, le Dr P. _____ a apporté des corrections le 22 février 2013,

exposant notamment que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 % sur le plan somatique et de 60 % sur le plan psychiatrique, à réévaluer après un an.

F. a) L'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente le 26 avril 2013 dans le sens d'une diminution de la rente. Il a retenu, sur la base des expertises précitées, que la capacité de travail de l'assuré était raisonnablement exigible à 60 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, soit pas de port de charge répétitif supérieur à 20 kg et pas de position en porte-à-faux. Tel était le cas dans toute activité industrielle légère. L'OAI a déterminé le degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique. Le salaire annuel auquel pouvait prétendre un homme effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé était de 62'741 fr. 15 en 2013, de 37'645 fr. 22 à 60 %. Un abattement de 10 % se justifiait. Le revenu d'invalidité s'élevait ainsi à 33'880.70 francs. Sans atteinte à la santé, en 2013, l'assuré aurait pu prétendre à un revenu annuel de 63'477 fr. dans son activité d'étancheur. La perte de gain s'élevait à 29'596 fr. 30, entraînant un degré d'invalidité de 46.63 %, donnant droit à un quart de rente.

b) Par communication du 6 juin 2013, l'OAI a informé l'assuré de son droit à l'orientation professionnelle selon l'art. 8a al. 2b LAI (mesures de nouvelle réadaptation).

Dans un prononcé à l'intention de la Caisse cantonale AVS du 6 juin 2013, l'OAI a noté que le degré d'invalidité était de 100 % dès le 1^{er} août 2013. L'assuré s'était entièrement conformé à l'obligation de coopérer. La rente devait être allouée pour une durée limitée jusqu'au 31 juillet 2015 au maximum selon l'art. 8a LAI. L'OAI a annexé à ce prononcé la motivation de cette décision, dont la teneur est la suivante :

« [...] Bases légales

Si la révision selon les dispositions finales de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) du 18 mars 2011 aboutit à la constatation que l'atteinte à la santé est objectivement surmontable, il n'y a pas d'incapacité de gain au sens de l'article 7 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des

assurances sociales (LPGA) et la rente peut être réduite ou supprimée même si les conditions de l'article 17, al. 1 LPGA ne sont pas remplies.

Si des mesures de nouvelles réadaptation sont mises en œuvre selon l'article 8a LAI, la rente continue d'être versée jusqu'à la fin des mesures, mais au plus durant deux ans à compter de la suppression ou de la diminution de la rente.

Résultat de nos constatations :

Par projet du 26 avril 2013, votre rente est diminuée.

Dès le 1^{er} août 2013, le droit à un quart de rente vous a été octroyé.

Notre décision est par conséquent la suivante :

Dès le 1^{er} août 2013, une rente entière d'invalidité continuera de vous être versée.

Cette rente est versée durant les mesures de nouvelle réadaptation, au plus jusqu'au 31 juillet 2015 (max. 2 ans). En cas d'interruption de la mesure, le versement de la rente est suspendu. »

c) Le 17 juin 2013 l'OAI a rendu une décision formelle de poursuite du versement de la rente dès le 1^{er} août 2013, sans indication d'une limitation dans le temps.

d) L'assuré a bénéficié d'une orientation professionnelle complète par la psychologue [...], laquelle a rendu un rapport le 18 juillet 2013. Elle y conclut que l'ensemble des résultats correspondait à une intelligence pratique et concrète, avec des acquisitions scolaires du niveau de la 4/5^e année qui ne permettaient pas une formation certifiée. Compte tenu de l'ensemble des limitations, tant au niveau des aptitudes que du langage, l'orientation professionnelle était interrompue à ce stade. Il ressort d'une note de suivi de l'OAI du 31 juillet 2013, qu'une proposition de préparation à une activité industrielle légère auprès de [...] avait été proposée à l'assuré, ce qu'il avait accepté.

e) Dans un courrier à l'intention de la fédération [...] du 8 octobre 2013, l'OAI a informé cette dernière du fait qu'à ce jour aucune décision de diminution de rente n'avait été notifiée puisqu'il s'agissait d'un cas de 6^e révision de l'AI et que tant que l'assuré bénéficiait de mesures professionnelles, il percevait sa rente pendant au maximum 2 ans.

f) Par communication du 30 octobre 2013, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge d'un entraînement à l'endurance auprès de l'O._____ (ci-après : O._____), pour une durée de trois mois.

g) Dans une note interne de suivi du 30 octobre 2013 du service de réadaptation de l'OAI, il est observé par une spécialiste en réinsertion professionnelle que sur la décision du 17 juin 2013, il n'était pas mentionné qu'il s'agissait « d'une situation DIF pour qui la rente continu[ait] d'être versée car il [l'assuré] sui[vait] des MNR [réd. : mesures de nouvelles réadaptation] ». La spécialiste en réinsertion notait que ce n'était à son avis pas normal.

h) L'assuré a commencé son stage chez O._____ le 6 janvier 2014. Ce stage a été interrompu le 20 janvier suivant, l'assuré présentant un certificat médical du Dr C._____ du CHUV, attestant une incapacité de travail totale, la situation étant à réévaluer un mois après.

i) Il ressort d'une note d'entretien téléphonique avec O._____ du 23 janvier 2014 que l'assuré avait dès le départ indiqué que c'était trop dur pour lui, qu'il ne pouvait pas tenir, même 2 heures par jour 4 jours par semaine. Le 20 janvier 2014, l'assuré avait indiqué vouloir arrêter la mesure. L'OAI a noté qu'il stoppait la mesure à partir de cette date. Un rapport médical était demandé au Dr C._____.

G. a) Le 27 mars 2014, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'une interruption des mesures de nouvelle réadaptation au 20 janvier 2014. Il a mentionné l'art. 6a LAI sous la rubrique « bases légales » et exposé qu'un quart de rente était reconnu dès le 1^{er} février 2014 puisque la rente entière était supprimée au 31 janvier 2014.

b) Le 23 mai 2014 l'OAI a rendu une décision formelle conformément au projet précité.

H. a) Par acte du 20 juin 2014 E._____ a recouru contre la décision du 23 mai 2014. Il a exposé notamment que l'essai de

réadaptation avait été pour lui « un vrai drame ». Sa santé psychique s'était péjorée de manière extrêmement inquiétante dans ce cadre. Avant cette réadaptation, il arrivait à trouver une sorte d'équilibre. Actuellement, sa santé psychique était bouleversée, il n'arrivait plus à se concentrer et vivait une recrudescence de symptômes d'angoisse l'empêchant par moment de sortir de chez lui. Il s'opposait donc aux décisions de l'intimé, demandant une révision complète de son dossier afin de pouvoir à nouveau bénéficier d'une rente à 100 %, sa santé ne lui permettant clairement pas d'exercer une activité professionnelle. Il a précisé que le Dr C. _____ avait demandé son dossier à l'intimé deux mois auparavant afin de fournir un rapport, mais qu'il n'avait toujours rien reçu. Ce médecin se tenait à disposition si nécessaire.

b) Par réponse du 5 août 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a en premier lieu rappelé les règles applicables dans le cadre de la 6^e révision de l'AI. Il a ensuite observé pour l'essentiel qu'en l'espèce, l'octroi en décembre 2000 de la prestation dont il s'agissait était exclusivement motivé par une atteinte sans pathogenèse ni étiologie claires et sans déficit organique en dehors de tout autre trouble organique. Les dispositions finales introduites dans le cadre de la 6^e révision de l'AI étaient applicables au recourant. Sur la base des informations fournies par les Drs R. _____ et P. _____, qui retenaient, sur le plan psychiatrique, que le recourant présentait une dysthymie, diagnostic qui n'avait pas pour incidence d'entraver son aptitude au travail, et vu l'interruption des mesures de nouvelles réadaptation, l'intimé avait à juste titre signifié au recourant qu'un quart de rente lui serait versé dès le 1^{er} février 2014.

c) Par courrier du 4 septembre 2014, le CHUV a adressé à la Cour de céans « de la part de M. E. _____, une copie du rapport médical envoyé par le Dr C. _____ au Dr D. _____ », étant précisé que ce rapport, daté du 25 août 2014, complétait le recours formulé par leur patient. On en extrait, ce qui suit :

« Anamnèse :

Monsieur E. _____ est un patient d'origine macédonienne. Il est affecté par somatisations avec symptômes multiples et trouble dépressif moyen avec symptômes hypocondriaques pour lesquels il a été suivi longtemps par le Prof. N. _____. Le patient aurait arrêté le suivi car sa symptomatologie était stable.

Le patient décrit une angoisse très importante et une recrudescence d'une symptomatologie dépressive. Il décrit un sentiment d'angoisse invalidante qui résiste à son traitement habituel (Zyprexa 12.5/jour) prescrit régulièrement par son médecin généraliste, Dr D. _____. Le patient décrit aussi des troubles de la perception d'allure cinesthésique et une exacerbation de la symptomatologie douloureuse chronique. Le patient se sent aussi très dé-sécurisé face à la décision de l'AI de le juger apte à travailler après la dernière révision de rente. Le patient ne comprend pas la nature de cette décision, sa maladie, ses symptômes sont toujours les mêmes en plus actuellement exacerbés.

Il s'agit d'un patient marié et père de trois enfants de 18, 16 et 14 ans.

A l'âge de 11 ans, il tombe dans un réservoir d'eau, risquant de se noyer et sauvé in extremis par des passants.

A l'âge de 14 ans, il tombe d'un chariot, provoquant un traumatisme vertébral en correspondance de la région cervicale : "la roue du chariot m'est passée sur le cou".

Le patient est arrivé en Suisse en 1989 et il aurait travaillé jusqu'à en 1996, date à laquelle il est victime d'un accident de la circulation à cause d'une perte de contrôle. Il accuse de nouveau un traumatisme cervical, avec des douleurs insupportables qui s'associent à un trouble de panique gravissime, motif pour lequel il consulte les urgences du CHUV et par la suite plusieurs médecins, qui posent différents diagnostics : distorsion cervicale, trouble somatoforme indifférencié, status après traumatisme d'accélération cervicale.

Status :

Patient orienté et collaborant. On constate une certaine désorganisation psychique avec des angoisses invalidantes et de morcellement. Le cours de la pensée montre par moment des barrages. On relate des troubles de la perception cinesthésique d'allure psychotique et hypocondriaque marqués par une composante délirante contenue. La capacité de symbolisation et d'élaboration e[s]t réduite et le récit est focalisé sur l'incompréhension de la symptomatologie. La thymie est marquée par un détachement affectif important avec un isolement social et des ruminations mentales très prononcées. On ne constate pas de symptomatologie hallucinatoire visuelle ou acoustico-verbale. On relève aussi pendant des montées d'angoisse une tendance à l'impulsivité.

Il relate penser au suicide (idéation non scénarisée).

Diagnostic :

Trouble psychotique indifférencié

Discussion :

Monsieur E. _____ est un patient de 47 ans, qui est suivi depuis fin 2013 à ma consultation au Centre d'antalgie du CHUV pour une évaluation et conséquente prise en charge ambulatoire.

Il s'agit d'un patient suivi dans le passé par le Prof. N. _____, qui présente une recrudescence d'une symptomatologie mixte douloureuse chronique et d'angoisse.

Pendant les entretiens, le patient a montré des moments d'extrême exacerbation de son angoisse présentant aussi des moments de très forte inhibition, des barrages de la pensée. Ces crises se sont manifestées dans le cadre aussi de la reprise d'une activité de travail dans le cadre de mesures de réinsertion professionnelle organisées par l'AI. Le patient se sentait très déstabilisé et dé-sécurisé par rapport à ses tentatives de reprise, arrivant à ma consultation dans un état de forte désorganisation psychique.

Je suis confronté à un patient très limité sur le plan psychique. Des limitations importantes ont été objet d'évaluation par Mme [...], psychologue FSP, dans le cadre de l'orientation professionnelle. La composante psychotique de cette symptomatologie et de ces limitations me semble claire et évidente (angoisse de morcellement, composante hypocondriaque délirante). D'ailleurs le patient a bénéficié d'un traitement neuroleptique, actuellement insuffisant, qui est en tout cas le seul traitement (dans le cadre d'un suivi psychiatrique intégré) capable d'assurer ces dernières années une certaine stabilisation de la maladie.

Le facteur déclenchant de cette exacerbation est aussi à rechercher dans la décision de l'AI de considérer le patient apte à travailler. Ce qui a déterminé chez le patient l'instauration d'un sentiment d'insécurité de plus en plus invalidant et des ruminations mentales importantes parfois à contenu suicidaire.

Actuellement, j'estime que le patient se trouve dans une totale incapacité de reprise d'une activité professionnelle.

J'estime nécessaire aussi d'effectuer des tests projectifs pour mettre en évidence la structure psychique du patient ainsi que des tests d'intelligence. »

d) Par écriture du 6 octobre 2014, l'intimé a maintenu sa position, faisant remarqué notamment que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il était établi que les troubles en réaction à une décision négative de l'assurance-invalidité pouvaient être traités médicalement de manière adéquate, de telle façon qu'il ne pouvait en découler de handicap psychique invalidant. Par ailleurs, le point de vue du Dr C._____ différait de celui du Dr P._____. Le praticien ne donnait pas les motifs qui l'avaient incité à se distancer des conclusions de l'expert psychiatre, la pertinence des observations de ce dernier n'étant ainsi pas mise en doute.

Le recourant ne s'est pas prononcé plus avant.

E n d r o i t :

1. 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 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1

let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la réduction, par voie de révision, de la rente entière d'invalidité accordée au recourant depuis le 1^{er} décembre 1997, à un quart de rente dès le 1^{er} février 2014, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé d'aboutir à une telle conclusion. Le recourant allègue pour l'essentiel que son état de santé psychique ne s'est pas amélioré, voire s'est détérioré, si bien qu'une réduction de sa rente d'invalidité n'est pas justifiée.

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

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins en moyenne durant une année sans interruption notable ; un degré d'invalidité de 40 % donne

droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 LAI).

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

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont

généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

5. La jurisprudence a progressivement rendu plus sévères les conditions d'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité pour les assurés souffrant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Le Tribunal fédéral a ainsi posé la présomption qu'un trouble somatoforme douloureux, n'entraîne pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352). Cette jurisprudence s'applique également pour la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, *in* SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). Elle s'applique également aux troubles associés à une entorse cervicale (ATF 136 V 279).

Toujours selon cette jurisprudence, le Tribunal fédéral présume que les syndromes mentionnés ci-avant ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V

49 consid. 1.2). Toutefois, certains facteurs (« critères de Foerster »), par leur intensité et leur constance, peuvent rendre la personne concernée incapable de fournir cet effort de volonté. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants figurent un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), ainsi que l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352).

6. a) Conformément à 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. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b et 112 V 390 consid. 1b). 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 (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5 ; cf. voir également ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence ; cf. TF 9C_181/2011 du 9 décembre 2011 consid. 6.1).

Le Tribunal fédéral a considéré que la sévérité accrue avec laquelle le caractère raisonnablement exigible de la poursuite d'une activité lucrative en cas de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique était désormais apprécié, depuis l'ATF 130 V 352, ne justifiait pas une révision du droit à une rente qui avait été allouée antérieurement. Il n'était ainsi pas conforme à la législation en vigueur de supprimer une rente allouée en raison d'un tel syndrome au motif que l'application de nouveaux critères jurisprudentiels conduirait désormais à apprécier différemment le caractère raisonnablement exigible de la reprise d'une activité lucrative par la personne titulaire de la rente, son état de santé étant par ailleurs resté inchangé (ATF 135 V 201).

b) A la suite de cette jurisprudence, le législateur a adopté, dans le cadre de la 6^e révision de la LAI (modification du 18 mars 2011 de la LAI), des dispositions finales entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012. L'al. 1 de la let. a de ces dispositions finales prévoit que les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique doivent être réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies.

L'al. 4 de la let. a des dispositions finales précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de

l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen.

Le Tribunal fédéral a tout d'abord jugé que trois conditions doivent être réalisées pour que puisse avoir lieu une révision du droit à la rente fondée sur l'al. 1 de la let. a des dispositions finales, étant précisé qu'il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue. Premièrement, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit avoir été accordée uniquement (« ausschliesslich ») en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Ce n'est que si cette condition est remplie qu'une procédure de révision fondée sur les dispositions finales peut être introduite. Deuxièmement, au moment de la révision, seul un tel diagnostic doit exister ; il convient également d'examiner si l'état de santé s'est dégradé et si un autre diagnostic peut être posé en se fondant, cas échéant, sur une expertise. Enfin, il faut vérifier si les « critères de Foerster » sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (ATF 139 V 547 consid. 10.1 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 5.2, 8C_436/2013 du 23 janvier 2014 consid. 4 et 8C_505/2013 du 8 janvier 2014 consid. 4.1). L'application de l'al. 1 de la let. a des dispositions finales découle exclusivement de la nature de l'atteinte à la santé ayant fondé le droit à la rente.

Dans une précision de jurisprudence, le Tribunal fédéral a ensuite considéré qu'il n'avait exclu l'application de la let. a al. 1 des dispositions finales de la 6^e révision, en cas de rente allouée en raison d'une syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires, d'une part, et d'atteintes à la santé objectivables, d'autre part, les deux types d'atteintes étant distincts, que si et dans la mesure où la rente pouvait être fondée sur ces dernières atteintes à la santé (ATF 140 V 197 consid. 6.2.3 ; sur l'évolution de la jurisprudence). Enfin, le Tribunal fédéral a ajouté, dans un arrêt 9C_121/2014 du 3 septembre 2014 (consid. 2.6), qu'en cas d'imbrication étroite du syndrome sans pathogénèse ni étiologie

claires et des autres atteintes à la santé ayant fondé l'octroi initiale d'une rente d'invalidité, l'application de la let. a al. 1 des dispositions finales de la révision 6a reste exclue, à moins que les atteintes objectivables n'aient joué qu'un rôle secondaire, renforçant uniquement les effets du syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires.

7. a) En vertu de l'art. 8a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012), les bénéficiaires de rente ont droit à des mesures de nouvelle réadaptation aux conditions que leur capacité de gain peut, selon toute vraisemblance, être améliorée (let. a) et que ces mesures sont de nature à améliorer leur capacité de gain (let. b). L'al. 2 précise que les mesures de nouvelle réadaptation destinées aux bénéficiaires de rente comprennent : des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle telles que prévues à l'art. 14a al. 2 LAI (let. a), des mesures d'ordre professionnel telles que prévues aux art. 15 à 18c LAI (let. b), la remise de moyens auxiliaires conformément aux art. 21 à 21^{quater} (let. c), l'octroi de conseils et d'un suivi aux bénéficiaires de rente et à leur employeur (al. d).

b) Selon l'al. 3 de la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI, durant la mise en œuvre de mesures de réadaptation au sens de l'art. 8a, l'assurance continue de verser la rente à l'assuré, mais au plus pendant deux ans à compter du moment de la suppression ou de la réduction de la rente.

Les chiffres 1007 à 1013 de la Circulaire sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011 (ci-après : CDF), valables dès le 1^{er} janvier 2012, précisent les conditions du droit à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a al. 2 LAI et de la poursuite du versement de la rente dans le cadre d'une révision selon lesdites dispositions. La teneur de ces chiffres est la suivante :

« 1007 Si la rente est réduite ou supprimée en vertu des dispositions finales, l'assuré a droit à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a, al. 2, LAI pendant deux ans au maximum à compter du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, en vertu de l'art. 88bis, al. 2, let. a, RAI.

- 1008 Si l'assuré participe à des mesures de nouvelle réadaptation visées à l'art. 8a, al. 2, LAI, sa rente continue de lui être versée, mais au maximum pendant les deux années mentionnées au ch. 1007.
- 1009 La rente qui continue d'être versée est celle à laquelle l'assuré avait droit avant la réduction ou la suppression de sa rente. Les éventuels changements de situation (divorce, mariage, décès du conjoint, âge des enfants, etc.) sont pris en compte.
- 1010 S'il ressort de l'entretien avec l'assuré que ce dernier participera à des mesures de nouvelle réadaptation après la réduction ou la suppression, la procédure de réduction ou suppression de la rente doit être organisée de telle manière que les mesures suivent immédiatement la réduction ou la suppression afin que la rente soit versée sans interruption. Les trois décisions suivantes doivent être prises en parallèle : décision sur la réduction/suppression de la rente, communication sur les mesures de nouvelle réadaptation et décision sur la poursuite du versement limité dans le temps de la rente. Le prononcé établissant la poursuite du versement de la rente et mentionnant la durée maximale de deux ans est notifié à la caisse de compensation. Si des mesures successives sont prévues, il faut faire en sorte qu'elles se succèdent immédiatement afin que la rente puisse continuer d'être versée sans interruption.
- 1011 Les conditions d'octroi des différentes mesures de nouvelle réadaptation s'appliquent, à l'exception de la condition relative à l'invalidité.
- 1012 Lorsque les mesures de nouvelle réadaptation octroyées en vertu de la let. a, al. 2, des dispositions finales sont interrompues pour cause de maladie, d'accident ou de maternité, la rente continue d'être versée, sauf s'il est mis un terme définitif aux mesures, mais au maximum pendant la durée prévue à la let. a, al. 3, des dispositions finales.
- 1013 L'interruption définitive des mesures de nouvelle réadaptation est signifiée à l'assuré par voie de décision. Une copie de la décision est transmise à la caisse de compensation afin que celle-ci cesse à temps le versement de la rente. Le versement s'éteint le 1^{er} jour du mois qui suit l'interruption de la mesure. »

8. a) En l'espèce, l'intimé a rendu une première décision d'octroi de rente en 2001, sur la base de rapports médicaux rapportant des troubles somatoformes indifférenciés, ainsi que des diagnostics sur le plan somatiques. Cette rente a été maintenue à la suite d'une procédure de révision en 2002 (cf. communication de l'OAI du 31 mai 2002), les diagnostics retenus étant ceux de troubles somatiques indifférenciés, état après distorsion cervicale et état après traumatisme d'accélération cervicale. Sur cette même base, la rente a été maintenue à la suite d'une procédure de révision en 2007 (cf. communication de l'OAI du 23 janvier

2007). Les trois derniers diagnostics retenus font partie des syndromes sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique.

b) Bien que l'intimé ne le mentionne que tard, la procédure de révision ouverte fin 2012 l'a été dans le cadre d'un réexamen de rente selon les dispositions finales de la 6^e révision de l'Al. L'on observe en premier lieu, qu'une procédure de révision ordinaire selon l'art. 17 LPGA est en effet exclue, dans la mesure où, à tout le moins jusqu'à l'expertise bidisciplinaire des Drs R._____ et P._____ incluse, les rapports médicaux au dossier ne mettent pas en évidence de modification essentielle de l'état de santé du recourant (cf. ATF 135 V 201). Si le P._____, qui s'est penché sur le volet psychiatrique du cas, ne retient que le diagnostic de dysthymie, il n'exclut pas en soi le trouble somatoforme douloureux. C'est au terme d'une appréciation juridique, fondée sur la jurisprudence du Tribunal fédéral, qu'il exclut l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant invalidant. Au vu des observations faites dans le rapport, il doit être retenu que ces conclusions relèvent d'une appréciation différente de l'état de fait qui existait déjà lorsque les deux communications de continuation du versement de la rente ont été rendues. Ceci est d'ailleurs expressément mentionné par le Dr P._____, qui indique que c'est la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral en 2004 (cf. supra consid. 6a et ATF 130 V 352) qui a modifié son appréciation, les troubles psychiques devant depuis lors être considérés comme n'ayant qu'une faible valeur incapacitante.

c) La rente ayant été octroyée au recourant sur la seule base de syndromes sans pathogénèses ni étiologie claires et sans constat de déficit organiques, à tout le moins depuis le 31 mai 2002, il appartenait à l'intimé de se poser la question d'une révision de la rente selon les dispositions finales de la 6^e révision de l'Al.

A titre préliminaire, il convient de relever que les circonstances du cas particulier ne tombent pas sous le coup des motifs d'exclusion prévus à l'al. 4 de la let. a des dispositions finales de la 6^e révision de l'Al. En effet, lors de la procédure de révision, en mars 2012, le recourant, né

en 1961, n'avait pas atteint l'âge de 55 ans et n'était pas au bénéfice de la rente depuis plus de quinze ans (ATF 139 V 442 et 140 V 15).

C'est donc à bon droit que l'intimé a procédé au réexamen du droit à la rente du recourant. Considérant qu'une réduction de rente se justifiait, il a mis en œuvre des mesures de nouvelles réadaptation et dès lors continué de verser la rente entière, comme l'indique la décision rendue le 17 juin 2013, et ce conformément aux dispositions finales de la 6^e révision de l'AI (cf. supra consid 7b). Il doit être observé à ce stade que l'intimé n'a pas respecté à ce moment la procédure telle que décrite au chiffre 1010 CDF. En effet, il n'a pas rendu de décision formelle de réduction de la rente en parallèle de la communication sur les mesures de nouvelle réadaptation et de la décision sur la poursuite du versement limité dans le temps de la rente. L'on ne trouve au dossier que le projet de réduction, daté du 26 avril 2013, la décision formelle de poursuite du versement de la rente rendue le 17 juin 2013 ne mentionnant par ailleurs pas formellement la réduction. Dans son courrier à l'intention de la fédération [...] du 8 octobre 2013, l'intimé a au contraire déclaré qu'aucune décision de diminution de rente n'avait été notifiée, au vu des mesures professionnelles octroyées, durant lesquelles la rente continuait d'être versée. Ainsi, il doit être retenu que la décision originale d'octroi de rente n'a pas été modifiée, dans le sens d'une réduction, lorsque la procédure des mesures de nouvelle réadaptation a été mise en œuvre. La rente n'a dès lors été réduite que par la décision formelle du 23 mai 2014. On ajoutera à toutes fins utiles qu'il ne peut être reproché au recourant de n'avoir pas demandé à ce qu'une décision formelle de réduction de rente susceptible de recours soit rendue par l'intimé avant le 23 mai 2014, l'intéressé n'étant pas représenté par un mandataire professionnel et présentant des limitations au niveau des aptitudes et du langage (cf. rapport de Mme [...] du 18 juillet 2013).

Au vu de ces éléments, la décision du 23 mai 2014 doit être considérée comme une décision ordinaire de réduction de prestations, et non comme une décision de réduction du fait de l'interruption des mesures de nouvelle réadaptation.

d) Afin d'examiner si les conditions posées par le Tribunal fédéral pour procéder à la révision de la rente litigieuse (cf. supra consid. 6b) étaient réunies, l'intimé a mis en œuvre une expertise médicale bidisciplinaire. Mis à part le diagnostic de syndrome lombovertébral et cervicobrachialgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire ou déficitaire entraînant des limitations fonctionnelles, les experts n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant, ne mentionnant qu'une dysthymie à titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique. Comme relevé plus haut, le trouble somatoforme douloureux n'est pas mentionné dans les diagnostics, pas même dans les diagnostics sans effet sur la capacité de travail. Or, le Dr P. _____ n'a pas fait l'analyse de l'existence ou non d'un tel trouble, cas échéant de son aggravation, se contentant de dire que manquaient au tableau algique l'intensité des plaintes et la détresse, ce qui ne saurait tenir lieu de motivation suffisante à l'exclusion dudit diagnostic. Il a en revanche examiné le caractère incapacitant d'un tel trouble en se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral, et l'a nié, au vu de l'absence de comorbidité psychiatrique et de la « faible valeur incapacitante des troubles psychiques actuels », soit ensuite de la jurisprudence rendue par le TF en 2004. Ce faisant, il s'est livré à une appréciation juridique du cas, ce qui affaiblit la valeur probante de son expertise. Il lui appartenait en effet de se prononcer de façon motivée sur l'existence ou non d'un tel trouble et sur son intensité, puis sur son caractère incapacitant en lien avec les critères de Foerster, ceci afin d'exclure une éventuelle aggravation du trouble cas échéant (cf. supra consid. 6b), ainsi que sur l'existence ou non d'un autre diagnostic psychiatrique. Le caractère restrictif de la jurisprudence ne peut en aucun cas servir à un expert médical de motivation à l'exclusion d'un diagnostic.

Par ailleurs, la mesure de nouvelle réadaptation mise en œuvre auprès d'O. _____ a été interrompue sur la base d'un certificat médical du Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie depuis 2014. Malgré la mention faite dans la fiche d'entretien téléphonique entre O. _____ et l'intimé du 23 janvier 2014 du fait qu'un

rapport médical lui était demandé, il n'y a pas trace au dossier d'un courrier que l'intimé lui aurait envoyé dans ce sens, ni d'un rapport de ce médecin rendu avant la décision attaquée ou d'un refus de sa part d'en fournir un. Or, il appartenait bien à l'intimé de s'enquérir auprès de ce médecin des raisons pour lesquelles il avait prononcé une incapacité de travail totale, qui était du reste à réévaluer un mois après. Le Dr C. _____ a, dans son rapport médical du 25 août 2014 adressé au Dr D. _____, mentionné que son patient présentait la recrudescence d'une symptomatologie mixte, soit douloureuse chronique et d'angoisse. Il a indiqué que le patient montrait, pendant les entretiens, des moments d'extrême exacerbation de son angoisse présentant aussi des moments de très forte inhibition et des barrages de la pensée. Ces crises s'étaient aussi manifestées dans le cadre de la mesure de réinsertion professionnelle de l'AI, soit avant que la décision attaquée ne soit rendue. Le Dr C. _____ a en outre déclaré que la composante psychotique de cette symptomatologie et des limitations psychiques lui semblait claire et évidente. Il a noté à cet égard une angoisse de morcellement et une composante hypocondriaque délirante. S'il dit en effet que le facteur déclenchant de cette exacerbation est également à rechercher dans la décision de l'intimé, il ressort de ce rapport que ce n'est pas le seul facteur et que l'aggravation des symptômes s'est présentée avant la décision attaquée déjà. L'on remarque encore que le Dr C. _____ mentionne et tient compte d'accidents subis par le recourant dans sa jeunesse, ce que ne fait pas le Dr P. _____.

Au vu de ce qui précède, il ressort que, outre le fait qu'il ne peut être accordé pleine valeur probante au rapport du Dr P. _____, l'instruction mise en œuvre par l'intimé est lacunaire, celui-ci ne s'étant pas renseigné auprès du Dr C. _____ sur les raisons de l'incapacité de travail qu'il avait prononcée. L'intimé a donc manqué à l'une des conditions permettant de réviser la rente selon les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI, puisqu'il n'a pas examiné si l'état de santé du recourant s'était dégradé et si un autre diagnostic pouvait être posé. Pour ce motif, la décision attaquée doit être annulée et renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire (cf. art. 43

al. 1 LPGA ; ATF 137 V 210) avec, si l'intimé estime ne pas pouvoir suivre l'avis des médecins traitants, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (art. 44 LPGA). Dans la mesure où le rapport du Dr P. _____ ne peut être retenu, il conviendra, en plus de rechercher l'existence d'éventuelles autres atteintes psychiatriques, de réexaminer l'existence ou non, le cas échéant le caractère invalidant du trouble somatoformes douloureux selon les critères de Foerster, sur la base d'une anamnèse complète.

9. Il découle des considérants que le recours doit être admis, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurance est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, ils doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Le recourant n'étant pas représenté par un mandataire professionnel, il n'y a pas lieu de lui allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 23 mai 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause

renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité, qui succombe.

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 :

- E. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :