

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 février 2017

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
M. Monod et Mme Moyard, assesseurs  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

---

**Art. 16, 17 al. 1 et 53 al. 2 LPGA ; 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** K. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, a effectué une formation de technicien tourneur fraiseur et a ensuite principalement travaillé comme peintre en bâtiments. Il a présenté des dorso-lombalgies chroniques, qui l'ont contraint à arrêter son activité en février 1994, ainsi qu'un trouble dépressif avec probables troubles caractériels. Dès janvier 1999, il a entrepris une activité d'interprète indépendant.

Il a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 23 janvier 1995, qui a été rejetée par décision du 5 mai 2000 suite à son refus de coopérer et de participer à des mesures de réadaptation.

L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité le 14 novembre 2001, dans laquelle il a indiqué avoir subi un infarctus le 2 février 2001 qui a entraîné une incapacité de travail durable dans son activité d'interprète. Il a indiqué que cet emploi lui avait rapporté un revenu brut de 144'643 fr. 55 en 1999 et 178'944 fr. 50 en 2000.

Dans un rapport médical du 30 mai 2002, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, attestait d'une totale incapacité de travail depuis le 6 février 2001 et retenait ce qui suit :

- « Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :
- Etat anxiodépressif sévère depuis février 2001.
  - Cardiopathie ischémique avec status après dilatation et pose d'un stent de l'IVA en février 2001 et infarctus inférieur.
  - Lombalgie chronique.

Diagnostiques sans répercussion sur la capacité de travail :

- Hyperlipidémie traitée. »

Il précisait que l'infarctus avait gravement péjoré l'état anxiodépressif chronique, certainement déjà présent auparavant.

A l'initiative du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), une expertise psychiatrique a été réalisée par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 20 octobre 2003, il a conclu à la présence d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de troubles anxieux-phobiques sans précisions (F40.9). Il mentionnait ce qui suit sous le titre « Appréciation du cas et pronostic » :

« M. K.\_\_\_\_\_ est un homme d'origine kosovar, arrivé en Suisse relativement jeune, et qui a pu s'intégrer de façon tout à fait satisfaisante.

Il a fait une première demande AI en 1995, suite à des lombalgies importantes dont il souffre encore, demande qu'il a abandonnée du fait qu'il a pu arranger sa propre reconversion professionnelle, ayant trouvé une place comme interprète à [...].

Cette activité s'est révélée comme extrêmement stressante, avec de longues heures de travail, ainsi que des contacts avec des individus marginaux. Il a reçu des menaces à plusieurs reprises.

En outre, au moment de l'infarctus, M. K.\_\_\_\_\_ s'est trouvé dans une a[s]sécurologique délicate [sic], étant donné qu'il était en train de passer du stade de fonctionnaire à celui d'indépendant, et n'avait pas encore une couverture perte de gain. Cela a fait que, dès le départ, il a dû recourir à l'aide des services sociaux puisqu'il n'était pas en mesure de toucher le chômage ni des prestations de perte de gain.

Ceci a sans doute aggravé le tableau dépressif.

Dès le départ, M. K.\_\_\_\_\_ a été pris en charge de façon tout à fait correcte par son médecin traitant, le Dr. E.\_\_\_\_\_, qui a essayé de l'orienter vers un traitement psychiatrique, traitement qui s'est limité à quelques entretiens avec un psychologue, ainsi qu'à un traitement médicamenteux qui a eu peu d'effet sur l'état dépressif.

Actuellement, M. K.\_\_\_\_\_ vit de façon très retirée, ayant pour ainsi dire une existence végétative, se limitant à une heure de promenade par jour à laquelle il se force, à une lecture sporadique de journaux et de livres, et il regarde un peu la télévision.

Il passe la plupart du temps simplement à regarder dans le vide.

Il a abandonné ses relations sociales, ne voyant pratiquement que sa famille directe. Il n'a plus de relations sexuelles avec sa femme et par une réaction phobique, a même abandonné la chambre à coucher dans laquelle il se sentait menacé d'avoir un nouvel infarctus.

A mon avis, il s'agit d'une personne relativement intelligente, et qui avait passablement de ressources. Il les a mises en pratique au moment d'effectuer sa reconversion professionnelle en tant qu'interprète à [...]. Par contre, la reprise d'une telle activité avec le

stress provoqué par celle-ci me semble exclue. Une reprise d'activité plus physique est tout aussi contre-indiquée du fait de la persistance des lombalgies qui ont continué malgré le fait d'un travail plus léger. Vu l'importance de la dépression et l'âge de M. K. \_\_\_\_\_, je ne crois pas que des mesures de réinsertion professionnelle seraient justifiées ni qu'il y aurait aucune chance [sic] qu'elles aboutissent. »

Aux questions de savoir quelle était la capacité de travail exigible du point de vue strictement psychiatrique et s'il existait des possibilités d'améliorer cette dernière, l'expert répondait :

« A mon avis, vu l'importance de l'affection psychique, il est illusoire de demander à M. K. \_\_\_\_\_ de reprendre une activité professionnelle, et ceci depuis l'infarctus.

[...]

Nous sommes face à un homme qui a épuisé ses ressources : il faut tout de même reconnaître qu'il a effectué spontanément sa propre reconversion professionnelle dans une activité qui l'a valorisé et qu'il a investie. Le fait d'avoir eu cet infarctus et d'être obligé d'abandonner, a provoqué une blessure narcissique importante que M. K. \_\_\_\_\_ n'est pas en mesure de surmonter, et par conséquent, je considère l'incapacité de travail et l'invalidité comme définitives.

[...]

Je ne crois pourtant pas qu'un traitement psychiatrique, même bien mené et suivi, puisse modifier la capacité de travail. »

Dans un avis médical du 3 mars 2004, le Dr N. \_\_\_\_\_ du SMR a repris les conclusions de l'expertise, à savoir que l'assuré ne présentait aucune capacité de travail.

L'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière à partir du 1<sup>er</sup> février 2002, au motif que sa capacité de travail et de gain était nulle, par décisions du 5 juillet 2004 (pour la période dès juillet 2004) et du 21 septembre 2004 (portant sur la période de février 2002 à juin 2004). L'assuré a formé opposition contre ces décisions en vue d'obtenir le versement d'une rente complémentaire pour son épouse, ce qui a donné lieu à une décision sur opposition négative le 27 octobre 2004 avant de lui être accordé par nouvelles décisions des 10 décembre 2004 et 11 avril 2005.

**B.** Dans le cadre de la révision de sa rente d'invalidité, l'assuré a indiqué, le 17 mai 2005, que sa situation s'était aggravée depuis 2004 en raison d'une opération suite à une tumeur. Il mentionnait n'exercer aucune activité lucrative et avoir besoin d'aide pour se lever, s'asseoir, se coucher ainsi que se déplacer.

Le Dr E. \_\_\_\_\_ posait les diagnostics incapacitants suivants dans un rapport médical du 23 juin 2005 :

« Status après infarctus inférieur du myocarde en février 2001  
Status après orchidectomie testiculaire gauche le 19.05.2004 pour séminome testiculaire avec radiothérapie complémentaire  
Lombalgies chroniques depuis 1995  
Etat dépressif réactionnel existant depuis 2001 »

Le médecin-traitant exposait ce qui suit :

« Les plaintes essentielles de ce patient, hormis ces lombalgies précitées, sont des troubles d'humeur de la lignée dépressive évidents, avec labilité émotionnelle, irritabilité, tristesse, sentiment d'impuissance, sentiments d'auto-dévalorisation...

Une prise en charge par un psychologue n'a malheureusement pas modifié un état de fait, chez un patient qui a subi en l'espace de trois ans deux agressions majeures à son intégrité corporelle, soit dans un premier temps un infarctus et par la suite un séminome testiculaire.

J'ai malheureusement la crainte que cet enchaînement de situations médicales graves ait atteint d'une façon extrêmement profonde ce patient, qui ne semble pas pouvoir s'en remettre psychologiquement.

Par conséquent, j'imagine mal, à l'heure actuelle, que ce patient n'ai[t] plus la capacité psychologique de pouvoir recommencer à travailler.

Ainsi, pour répondre à vos questions, je ne vois pas quelle activité adaptée pourrait être envisagée chez ce patient, et par conséquent je doute que des mesures professionnelles soient le moyen de pouvoir le réintégrer dans le circuit du travail. »

Par communication du 28 septembre 2005, l'OAI a informé l'assuré que sa rente d'invalidité était maintenue sans modification du droit.

**C.** Dans le questionnaire pour la révision de la rente que l'assuré a renvoyé à l'OAI le 5 octobre 2009, il a indiqué que son état de santé était stationnaire, qu'il était toujours sans activité lucrative et qu'il n'avait pas fait l'objet d'un changement professionnel pour raisons de santé depuis la dernière révision.

Le Dr E. \_\_\_\_\_ estimait que l'état psychologique du patient interdisait toute capacité d'investir une quelconque activité lucrative, dans un rapport médical du 11 janvier 2010.

Par communication du 1<sup>er</sup> mars 2010, l'OAI a informé l'assuré du maintien de sa rente d'invalidité sans modification du droit.

**D.** Une nouvelle révision du droit à la rente a été initiée en 2012. Le 27 août 2012, l'assuré a communiqué à l'OAI qu'aucun changement n'était intervenu au niveau professionnel et que son état de santé s'était aggravé puisqu'il souffrait également de diabète.

Selon un rapport médical du 18 mai 2012 émanant du Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en radio-oncologie et radiothérapie, la situation de l'assuré au niveau oncologique était tout à fait rassurante.

Le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a retenu dans un rapport médical du 3 octobre 2012 comme diagnostics incapacitants un problème orthopédique du membre inférieur gauche et un état anxio-dépressif.

Dans un rapport médical du 8 novembre 2012, le Dr E. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait un status après infarctus inférieur en 2001, un état dépressif sévère réactionnel persistant, un status après hémicastration gauche et radiothérapie en 2004 pour séminome testiculaire, une gonarthrose du genou gauche invalidante, présente depuis une vingtaine d'années, en plus d'un syndrome plurimétabolique avec diabète insulino-requérant, ce dernier n'étant pas incapacitant.

Par avis médical du 18 mars 2013, les Dr R. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ du SMR ont émis des réserves sur les conclusions de l'expertise psychiatrique de 2003, estimant que le pronostic défavorable pour une réinsertion n'était pas convaincant car il retenait des raisons d'âge (l'assuré avait 45 ans à l'époque) et des arguments d'ordre somatique. Ils

ont en outre relevé que l'expert ne se prononçait pas sur une capacité de travail dans une activité adaptée exempte de stress, de type exécutif.

Une nouvelle expertise psychiatrique a été effectuée par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 5 septembre 2013, il a retenu les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble de l'adaptation chronique avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25) secondaire à un infarctus survenu en 2001, à un séminome il y a cinq ans et à un diabète. Le Dr P.\_\_\_\_\_ exposait notamment ce qui suit :

« Nous ne pouvons que nous étonner de la description faite par les médecins s'étant occupés de l'assuré et des observations faites par l'expert en 2001.

Nous pouvons aussi nous étonner que l'assuré ne soit pas suivi ni par un psychiatre et ni par un psychologue et, selon l'assuré, il prend contact avec son médecin généraliste uniquement quand il est malade. On peut s'étonner également que l'assuré ne se souvienne pas de l'antidépresseur qu'il prend et lorsque nous constatons le dosage plasmatique, nous voyons que l'assuré ne prend vraisemblablement pas la *Fluctine*.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, l'assuré est resté très vague. Selon la chimie clinique, nous constatons que les  $\gamma$ -GT sont au double de la norme. Par contre la CDT est à 1,98. Rappelons qu'il faut plus de 2,50 pour qu'il y ait une consommation de plus de 60 g d'éthanol par jour durant plus de deux semaines.

Pendant l'entretien, l'assuré est resté sur la défensive et il n'a pas toujours répondu à mes questions d'une manière claire. Il était étonné d'être examiné par un psychiatre et il ne s'attend qu'à poursuivre avec sa rente AI.

Pendant l'entretien, j'ai pu constater une certaine irritabilité et une tension interne, mais pas de signes ou de symptômes d'un registre dépressif.

Il faut tenir compte du fait que cet assuré ne travaille pas depuis longtemps et qu'il s'est habitué à sa situation de rentier.

Je n'ai pas pu objectiver les dires de l'assuré, mais nous ne pouvons que nous étonner qu'il dise ne pas pouvoir faire grand-chose alors qu'il s'occupe quand même de son petit jardin et qu'il aime bien regarder la télévision.

En l'absence de pathologie psychiatrique majeure ou de trouble de la personnalité décompensé en l'absence de traitement psychiatrique suivi, en l'absence de compliance de la part de l'assuré, nous ne pouvons que nous interroger de la poursuite de

l'incapacité de travail, pour des raisons psychiatriques, et ceci depuis plusieurs années.

Du point de vue théorique, cet assuré pourrait donc travailler, mais du point de vue pratique, cela va être très difficile car l'assuré s'est habitué à sa situation de rentier, présente un comportement très régressif et il n'est pas du tout motivé à reprendre une quelconque activité professionnelle.

Le pronostic reste donc incertain.

## **B. Influences sur la capacité de travail**

### **1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés**

Du point de vue physique : fatigue, douleurs.

Du point de vue psychique : l'assuré dit que les gens l'énervent.

Du point de vue social et selon l'assuré, ce qui n'a pas pu être objectivé par l'expert : l'assuré dit avoir des tendances à rester à la maison.

### **2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici**

Comme dit précédemment, nous ne pouvons que nous interroger de la poursuite de l'incapacité de travail chez un assuré chez qui l'expert n'a pas pu objectiver un état dépressif, mais plutôt une situation de régression et le fait que l'assuré se soit adapté à sa vie de rentier.

Du point de vue théorique et du point de vue psychiatrique, cet assuré pourrait travailler et ceci probablement depuis de nombreuses années. Mais du point de vue pratique, cela sera difficile étant donné le mouvement régressif de l'assuré qui ne s'attend qu'à poursuivre sa rente AI. »

Dans un avis médical du 9 octobre 2013, le SMR a conclu à l'existence d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée de type sédentaire depuis la date de l'expertise.

Lors d'un entretien à l'OAI le 16 décembre 2013, l'assuré a précisé qu'il ne s'estimait pas apte à reprendre une activité lucrative.

Par courrier du 8 janvier 2014, l'OAI a informé l'assuré que s'il n'était pas prêt à collaborer dans le cadre des mesures professionnelles qui lui seraient proposées, l'instruction de son droit à des mesures professionnelles serait close et son taux d'invalidité serait évalué, ce qui pourrait conduire à une suppression de la rente.

L'assuré a répondu, par l'intermédiaire de son mandataire, qu'il ne souhaitait en aucun cas se soustraire aux mesures de l'OAI mais éprouvait une réelle difficulté à s'y soumettre du fait de ses nombreuses atteintes à la santé.

Dans un projet de décision du 19 mars 2014, l'OAI a pris acte du refus de l'assuré de se soumettre à des mesures et a annoncé la suppression de sa rente d'invalidité, du fait que son degré d'invalidité était de 5,95 %.

L'assuré a présenté ses objections par courrier de son mandataire du 7 mai 2014. Il a notamment relevé que le Dr P. \_\_\_\_\_ avait conclu à l'existence d'une pleine capacité de travail sans procéder à des examens complémentaires alors qu'il n'avait pas pu objectiver ses allégations à plusieurs reprises. L'assuré a réitéré qu'il collaborerait si nécessaire aux mesures professionnelles ordonnées par l'OAI et a produit un rapport médical du Dr E. \_\_\_\_\_, daté du 8 avril 2014, indiquant qu'au sens strict, il n'y avait pas de contre-indication physique majeure à la pratique d'une activité légère adaptée, mais qu'en raison de ses ressources psychiques, son rendement actuel dans une telle activité était nul. Le médecin-traitant précisait que l'état de santé de l'assuré était stable, qu'il continuait son traitement anti-dépresseur, lequel avait été modifié en 2012 au profit de la Venlafaxine, ce qui expliquait que le dosage de Fluoxétine fait par l'expert était négatif.

Dans un avis médical du 22 mai 2014, le SMR a estimé que le rapport médical du Dr E. \_\_\_\_\_ ne permettait pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise, dans la mesure où il ne comportait pas de description clinique précise.

Lors d'un entretien à l'OAI le 30 juin 2014, l'assuré s'est déclaré inapte à suivre une mesure professionnelle.

Dans un rapport médical du 3 septembre 2014, le Dr L. \_\_\_\_\_, qui avait vu l'assuré en consultation le 8 juillet 2014, estimait

qu'il présentait une thymie dépressive et de l'anxiété. A son avis, la rente d'invalidité et l'absence de stress professionnel avaient produit une certaine amélioration symptomatique chez l'assuré que le Dr P.\_\_\_\_\_ avait interprétée comme une guérison, alors qu'il avait suffi d'un petit stress pour décompenser l'assuré. Il mentionnait qu'il n'était pas rare que les personnes en situation de problèmes psychiques chroniques négligent parfois la prise de médicaments du fait de l'absence d'amélioration et qu'un changement de médication pouvait également expliquer les valeurs basses du dosage de médicaments. Il considérait que l'incapacité totale de travailler qu'il avait constatée en 2003 était toujours valable.

Suite à l'avis médical du SMR du 27 octobre 2014, un complément d'expertise psychiatrique a été demandé au Dr P.\_\_\_\_\_, lequel a fait procéder à un examen neuropsychologique de l'assuré.

Dans leur rapport du 31 mars 2015, Z.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, spécialistes en neuropsychologie, ont conclu :

« Le tableau neuropsychologique réalisé chez cet assuré, dont la participation et l'analyse des résultats (épreuves de validation des symptômes) n'évoquent pas de phénomène de surcharge ou de défaut d'effort, est celui d'une atteinte modérée à sévère des fonctions exécutives et mnésiques, associée à des troubles d'attention divisée, qui peut dans une certaine mesure être compatible avec une fatigabilité psychique (évoquée à l'anamnèse par le patient et sous-tendue par les nombreuses plaintes) en lien avec une thymie abaissée. Nous ne pouvons toutefois exclure une atteinte organique chez cet assuré connu pour de multiples facteurs de risque cardio-vasculaires et pour des tumeurs. Une imagerie cérébrale pourrait être indiquée afin de préciser la présence d'une éventuelle atteinte cérébrale organique.

Avec un tel tableau, les limitations sont les suivantes (sur le plan neuropsychologique) :

- Le dysfonctionnement exécutif et attentionnel diminue l'autonomie de l'assuré dans les situations complexes : il faut éviter les contraintes temporelles, les situations de doubles tâches ou de multiples tâches successives, les interférences, les situations de stress, les activités sollicitant ses capacités d'organisation et de prise de décision.
- Les troubles mnésiques antérogrades épisodiques en modalité verbale, objectivés comme sévères, peuvent entraîner des limitations significatives dans une activité exigeante, notamment par rapport à l'apprentissage d'informations nouvelles. Les déficits peuvent entraîner un risque d'oublis et d'erreurs, ainsi qu'un

manque d'autonomie dans le traitement et le suivi d'informations nouvelles ne permettant pas à l'assuré de se fier à sa mémoire pour se souvenir de ce qu'il doit faire / a déjà fait. Le risque d'erreurs et d'oublis est important et par conséquent l'usage de notes écrites ou d'un agenda est nécessaire ; la supervision d'une tierce personne est souhaitable. »

Le Dr P. \_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise en date du 21 avril 2015 et retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une anxiété généralisée (F41) et des troubles de l'adaptation chroniques avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25), secondaire à un infarctus survenu en 2001, un séminome il y a cinq ans et un diabète. Il notait en particulier ce qui suit :

« Si je compare le statut clinique effectué en janvier 2015 et le statut clinique de septembre 2013, celui-ci est équivalent, je n'ai pas pu retenir des signes ou des symptômes d'un épisode dépressif, mais plutôt d'un état régressif secondaire aux différentes maladies somatiques de l'assuré qui dit ne pas pouvoir travailler d'un côté parce qu'il a des douleurs partout et, d'un autre côté, parce qu'il est nerveux et irritable.

Signalons que le phénomène de régression est un retour à un stade antérieur du développement psychologique et qu'il est une réaction psychologique à la maladie, c'est comme si la maladie transformait la personne en un petit enfant, avec une envie d'être protégé, la personne ayant plutôt tendance à rester chez elle dans l'attente de soins et d'attention, avec une réduction d'intérêt, développement d'un égocentrisme, dépendance de l'entourage pour tout ce qui est des soins et surtout de l'affectivité. La régression provoque que l'entourage soit centré sur la personne, mais l'assuré présente également une irritabilité et une nervosité car il supporte mal les différentes affections somatiques qu'il a eues, mais on pourrait dire qu'il obtient beaucoup plus de bénéfices des mécanismes régressifs secondaires à sa maladie que s'il ne les avait pas.

Si je reprends les conclusions du Dr E. \_\_\_\_\_ qui suit le patient depuis longtemps, c'est dans le cadre du travail de traducteur que l'assuré a fait un infarctus. En 2003, les facteurs de stress associés à un tabagisme rendaient à l'époque impossible d'imaginer un retour dans cette activité, selon le médecin. Selon ce dernier, la gonarthrose gauche ne présente pas en tant que telle une contre-indication significative à l'exercice de toute activité lucrative, par contre, les infarctus et la pathologie testiculaire ont détruit psychologiquement l'assuré et à la suite de ces événements, un état dépressif s'est progressivement installé, en plus marqué par l'apparition d'autres pathologies en particulier le diabète qui est très mal vécu par l'assuré. Ceci correspond à l'impression de l'expert, cet assuré a réagi avec un trouble de l'adaptation chronique, avec notamment de la nervosité, aux différentes maladies somatiques.

Signalons aussi que cet assuré n'a pas été suivi par un psychiatre ou un psychologue et qu'il n'a vraisemblablement pas pris des médicaments psychotropes. Par contre, et à une date qu'il n'a pas

pu préciser, mais selon le dosage plasmatique, il prend l'*Efexor* qui est dans l'intervalle thérapeutique. Relevons que selon la fonction hépatique, les GOT et GTP sont dans la norme, également la  $\gamma$ -GT qui est légèrement élevée. En ce qui concerne la CDT (Carbohydrat Deficient Transferrin), elle est à 1,85 %. Mentionnons qu'il faut > de 2.50 pour parler d'une consommation de > 60 g d'éthanol par jour durant plus de deux semaines.

Signalons également que selon les conclusions du tableau neuropsychologique, il existe une atteinte modérée à sévère des fonctions exécutives et mnésiques, associée à des troubles d'attention divisés, qui peut dans une certaine mesure être compatible avec une fatigabilité psychique, qui a été évoquée à l'anamnèse par l'assuré sous-tendue par ses nombreuses plaintes et en lien avec une thymie abaissée.

Le tableau neuropsychologique donc n'a pas conclu à des difficultés importantes qui empêcheraient l'assuré de travailler, et ceci après un entretien de presque trois heures.

Le problème principal de cet assuré continue à être l'état régressif secondaire aux différentes maladies somatiques et pas véritablement un état dépressif, en plus il n'est pas suivi par un psychiatre, donc on peut dire qu'il est ancré dans sa régression ainsi que dans son rôle de rentier qu'il ne veut pas modifier.

L'assuré a davantage de bénéfices secondaires de son état régressif, ce qui l'empêche de prendre contact avec un psychiatre pour essayer d'aller mieux, et c'est pour cela qu'on peut comprendre aussi son refus de pouvoir bénéficier de mesures d'ordre professionnel.

Mes conclusions sont les mêmes que lors du dernier rapport. Du point de vue psychiatrique et en l'absence d'une pathologie grave empêchant l'assuré de travailler, celui-ci pourrait travailler dans une activité adaptée à ses nombreuses maladies somatiques, mais il faut tenir compte du fait qu'il est ancré dans un rôle de rentier et de victimisation et surtout un état régressif dans lequel il a d'importants bénéfices secondaires. »

Le Dr P.\_\_\_\_\_ a repris les limitations fonctionnelles mises en avant par l'examen neuropsychologique, précisant que l'assuré disait être fatigué et avoir des douleurs un peu partout dans son corps.

Dans un avis médical du 29 avril 2015, le SMR a estimé que les investigations complémentaires suggérées par Mme H.\_\_\_\_\_ ne changeaient rien à sa position, puisqu'il s'agissait de la recherche de l'étiologie des troubles observés.

L'OAI a rendu une première décision datée du 28 mai 2014 [recte : 2015], qu'il a remplacée par une nouvelle décision le 24 juillet 2015, par laquelle il a prononcé la suppression de la rente d'invalidité octroyée à l'assuré dès le premier jour du 2<sup>e</sup> mois suivant la notification de la décision. L'OAI s'est basé sur l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ pour retenir que la capacité de travail de l'assuré était entière depuis le 15 septembre 2013 dans une activité adaptée de type sédentaire. Comme l'assuré refusait de se soumettre à des mesures, l'OAI a calculé le préjudice économique en tenant compte d'un revenu exigible dans une activité adaptée (par exemple employé de dépôt, préparateur de commandes avec petites marchandises légères, ouvrier de production dans l'industrie légère, activité dans le montage) de 53'057 fr. 05, respectant ses limitations fonctionnelles ainsi que son âge. Comparé à un revenu sans invalidité de 56'416 fr. 80, le degré d'invalidité de l'assuré s'élevait à 5,95 %, de sorte que son droit à la rente s'éteignait.

**E.** L'assuré a recouru par l'entremise de son mandataire le 29 juin 2015 contre la décision du 28 mai 2015 puis le 20 août 2015 contre celle du 24 juillet 2015 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a soutenu que les rapports du Dr P.\_\_\_\_\_ ne permettaient pas d'établir une amélioration de son état de santé, mais constituaient uniquement une appréciation divergente d'une situation restée identique, voire aggravée, de sorte qu'il n'y avait aucun motif de révision. Le recourant a par ailleurs critiqué le calcul du revenu sans invalidité retenu. Il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au maintien de sa rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision et a requis, si nécessaire, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique.

L'OAI s'est déterminé sur le recours le 19 octobre 2015 et a conclu à son rejet, estimant que l'état de santé du recourant s'était amélioré et qu'il bénéficiait désormais d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Avec sa réplique du 11 novembre 2015, le recourant a produit deux rapports médicaux :

- Dans un rapport du 22 juillet 2015, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en angiologie, a diagnostiqué chez l'assuré une artériopathie oblitérante des membres inférieurs sans situation d'ischémie critique qui, selon ses plaintes, entraînait une claudication typique surtout à l'effort en montée, devenant invalidante après environ 100 mètres.
- La Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport médical le 10 novembre 2015, dans lequel elle diagnostiquait un état dépressif majeur persistant avec caractéristiques psychotiques (F38.8) et posait le diagnostic provisoire de modifications gênantes de la personnalité (F61.1), qui rendaient la capacité de travail de l'assuré comme interprète nulle.

L'OAI a maintenu sa position dans sa duplique du 2 décembre 2015, se fondant sur un avis médical du SMR produit en annexe. Il a précisé que le revenu sans invalidité avait été calculé sur la base des extraits du compte individuel (ci-après : CI) à disposition, qui établissaient clairement les gains générés par l'activité d'interprète de l'assuré de sorte que la mise en œuvre d'une enquête économique pour personne indépendante n'avait pas été nécessaire.

Le SMR, dans un avis du 23 novembre 2015, estimait qu'au plan artériel, le status était compatible avec une activité sédentaire et qu'aucun signe d'appel vasculaire périphérique n'avait été évoqué dans les rapports médicaux au moment de la décision de l'OAI. Sur le plan psychiatrique, les médecins du SMR relevaient que la classification utilisée par le Dresse W.\_\_\_\_\_ n'était pas usuelle, que la classification F38.8 retenue était en dehors des affections incapacitantes et que le rapport médical produit était caractérisé par l'absence d'anamnèse, de status clinique exhaustif, de définition des limitations fonctionnelles et de positionnement par rapport aux autres avis précédents, de sorte qu'il n'apparaissait pas convaincant. Le SMR a également rappelé l'obligation du recourant de réduire le dommage causé à l'AI par rapport à son

tabagisme, lequel pourrait conduire à une atteinte artérielle progressive incapacitante.

Le 3 février 2016, le recourant a renoncé à formuler d'autres observations.

A la demande du Tribunal, l'OAI a versé en cause la lettre adressée par le Dr E. \_\_\_\_\_ au Dr P. \_\_\_\_\_ le 22 janvier 2015 et le recourant a produit des documents relatifs à ses revenus en 1999 et 2000, par courriers des 12 avril et 27 mai 2016, précisant qu'il ne possédait plus les documents fiscaux pour les années 1999 et 2000 et que le service des contributions ne les avait plus non plus. Il ressort des extraits de son CI produits qu'il a exercé une activité lucrative en 2003 et 2004.

L'OAI a déclaré, dans son courrier du 20 juin 2016, que les extraits du CI produits faisaient partie du dossier de l'assuré, sur la base duquel la décision attaquée avait été rendue.

Par avis du 10 octobre 2016, la juge en charge du dossier a averti les parties qu'un arrêt pourrait être rendu par substitution de motifs, étant donné l'absence de prise en compte de ces revenus, potentiellement significatifs d'une capacité de gain du recourant et connus de l'OAI dès la procédure de révision initiée en 2005.

Dans un courrier du 31 octobre 2016, le recourant a expliqué qu'il avait accepté de fonctionner comme interprète dans les procédures où il avait officié auparavant pour rendre service et que les heures effectuées, rémunérées à raison de 75 fr., représentaient moins de 10 % de capacité de travail.

### **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.

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 (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** L'objet du litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité allouée au recourant, par la voie de la révision ou de la reconsidération par le biais d'une substitution de motifs.

**3. a)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès

qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

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.

**b)** Pour se prononcer sur l'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. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. cit.).

De manière générale, 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. 3 ; TF 8C\_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_410/2014 précité consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C\_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C\_407/2014 précité ; voir également TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

**4.** 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. 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. 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. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ; 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C\_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

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 115 V 308 consid. 4a/bb ; TF 9C\_612/2015 du 12 mai 2016 consid. 5.2). 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).

**5.** En l'occurrence, la dernière décision qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente du recourant est celle du 5 juillet 2004, complétée par celle du 21 septembre 2004. Ces décisions se fondaient sur les rapports médicaux du médecin traitant de l'assuré, le Dr E.\_\_\_\_\_, et l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr L.\_\_\_\_\_, qui estimaient tous deux que l'assuré présentait une totale incapacité de travail en raison d'un état anxio-dépressif sévère, auquel s'ajoutaient des lombalgies chroniques. Dans la décision attaquée, l'OAI a estimé que le recourant bénéficiait depuis le 15 septembre 2013, soit la date de l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Partant, il a implicitement reconnu une modification sensible de l'état de santé de l'assuré, ou du

moins de ses capacités de gain, propre à justifier la révision des décisions d'octroi de rente de 2004. Le recourant soutient en revanche que son état de santé est resté identique, voire s'est aggravé depuis 2004.

Sur le plan somatique, il apparaît que l'état de santé de l'assuré n'a pas subi de modification significative depuis les décisions d'octroi de rente de juillet 2004. En effet, le séminome testiculaire dont l'assuré a souffert courant 2004 n'a pas eu d'influence sur sa capacité de travail à long terme selon les rapports médicaux des Drs U.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ des 18 mai et 8 novembre 2012, qui mentionnaient une situation tout à fait rassurante au niveau oncologique. Le médecin traitant précisait d'ailleurs dans son rapport que l'assuré n'avait pas à proprement parler de restrictions physiques à une quelconque activité lucrative. Cette appréciation se rapportait également au diabète insulino-requérant diagnostiqué chez l'assuré. Le Dr E.\_\_\_\_\_ précisait encore à ce sujet que le patient avait de la peine à traiter correctement cette pathologie par manque de compliance au conseil diététique en particulier. Quant à la gonarthrose au genou gauche invalidante dont il a été fait état courant 2012 (cf. rapport médical du Dr D.\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2012), celle-ci était présente depuis une vingtaine d'années selon le même rapport médical du Dr E.\_\_\_\_\_, soit bien avant la décision de 2004. Finalement, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs mentionnée par le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 juillet 2015 est compatible avec une activité sédentaire comme cela ressort de l'avis du SMR du 23 novembre 2015.

Sur le plan psychique, les Drs E.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ont maintenu que l'assuré présentait toujours une incapacité totale de travailler pour des raisons psychiques (cf. rapports médicaux des 12 novembre 2012, 8 avril et 3 septembre 2014). Le Dr E.\_\_\_\_\_ a posé dans chacun de ses rapports depuis 2002 le diagnostic d'état anxio-dépressif sévère. De son côté, le Dr L.\_\_\_\_\_, qui retenait dans son expertise un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et des troubles anxieux phobiques sans précisions (F40.9) n'a pas

posé de nouveau diagnostic dans son rapport médical du 3 septembre 2014 et s'est limité à constater une thymie dépressive et un état anxieux.

Dans son rapport d'expertise du 5 septembre 2013, le Dr P.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble de l'adaptation chronique avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25) secondaire à un infarctus survenu en 2001, à un séminome il y a cinq ans et à un diabète, diagnostics qu'il a confirmés dans son complément d'expertise du 21 avril 2015. Il s'est étonné de la description faite par les médecins s'étant occupés de l'assuré et des observations faites par l'expert L.\_\_\_\_\_ en 2001, estimant que l'assuré ne présentait pas de pathologie psychiatrique majeure ou de trouble de la personnalité décompensé et constatant l'absence de traitement psychiatrique suivi. Il concluait que d'un point de vue psychiatrique, l'assuré pouvait théoriquement travailler et ceci probablement depuis de nombreuses années.

Force est de constater que l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ ne fait pas état d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré depuis 2004. Il ressort de son rapport d'expertise qu'il pose un avis médical différent sur l'état de santé de l'assuré tel qu'il était au moment de la première expertise déjà, dans la mesure où, d'une part, il s'étonne des observations et conclusions des autres médecins ainsi que de l'absence de suivi psychiatrique et, d'autre part, estime que l'assuré présente une pleine capacité de travail depuis plusieurs années. L'expert procède ainsi à une appréciation différente d'un même état de fait, laquelle n'est pas susceptible de justifier une révision des décisions de l'OAI des 5 juillet et 21 septembre 2004 en application de l'art. 17 LPGA.

**6. a)** Si les conditions de l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut encore être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées (ATF 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C\_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.2).

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits ; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 135 V 215 consid. 5 ; 119 V 410 consid. 3a ; 117 V 8 consid. 2c).

Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. Autrement dit, pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable ; le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de fait essentiels. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (cf. TF 9C\_508/2015 du 4 mars 2016 consid. 3 et 5.1 ; TF 9C\_709/2012 du 27 novembre 2012 consid. 2.1 et 2.3 et les références citées).

Dans les limites posées par l'art. 53 al. 3 LPGA, une reconsidération est possible en tout temps, spécialement lorsque les conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGA ne sont pas réalisées. Dans l'éventualité où l'erreur manifeste de la décision initiale de rente n'est constatée qu'au stade de la procédure judiciaire, le tribunal peut confirmer, par substitution de motifs, la suppression de la rente prononcée sur la base d'une révision (ATF 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C\_361/2015 du 17 juillet 2015 consid. 5.1 ; 9C\_11/2008 du 29 avril 2008 consid. 2). En vertu du droit d'être entendu, l'assuré doit, dans ce dernier cas, être informé préalablement de la substitution de motifs envisagée (ATF 125 V 368 consid. 4a et b ; cf. également ATF 128 V 272 consid. 5b/bb et les arrêts cités).

Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (TF 9C\_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.2).

**b)** En l'occurrence, en omettant de prendre en compte les revenus soumis à cotisations AVS de l'assuré et plus particulièrement ceux réalisés après l'expertise de 2003, significatifs d'une capacité de gain du recourant, l'OAI a commis une irrégularité dans la constatation des faits, qui l'a conduit à rendre des décisions manifestement erronées en 2004. En effet, l'existence de revenus professionnels de janvier 2003 à juin 2004 alors que l'assuré était présumé sans activité ne constitue pas un élément sujet à appréciation. On peut en particulier relever que l'assuré a touché un revenu de 4'726 fr. de la part d'un employeur pour le seul mois de janvier 2014, mois pendant lequel il a également perçu un salaire d'un autre employeur, qui ne peut toutefois pas être chiffré puisqu'il est inclus dans l'ensemble des rémunérations touchées sur une période plus longue. La situation réelle de l'assuré ne correspondait donc pas à l'incapacité

totale de travailler, telle que retenue par les Dr E.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, sur laquelle s'est fondé l'OAI dans son rapport du 29 mars 2004, qui a donné lieu aux décisions des 5 juillet et 21 septembre 2004 émises par la caisse de compensation. Ces décisions initiales paraissent au contraire inadmissibles compte tenu de la situation qui prévalait à l'époque, ce qui conduit à retenir leur caractère manifestement erroné.

L'art. 53 al. 2 LPGA exige encore que la reconsidération de la décision revête une importance notable. Tel est assurément le cas s'agissant du service d'une rente entière pendant plusieurs années.

En outre, les parties ont été informées par ordonnance du 10 octobre 2016 de la substitution de motifs envisagée, eu égard à leur droit d'être entendues.

Par conséquent, les conditions relatives à une reconsidération, au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, des décisions des 5 juillet et 21 septembre 2004 comme des communications ultérieures, sont remplies.

**7.** Il convient ainsi de déterminer la capacité de travail et le taux d'invalidité du recourant au moment où la décision du 24 juillet 2015 a été rendue.

**a)** Dans son rapport d'expertise, le Dr P.\_\_\_\_\_ retient une capacité de travail entière dans une activité adaptée présente depuis de nombreuses années. Il y a lieu d'accorder une pleine valeur probante à son expertise, qui répond aux réquisits jurisprudentiels en la matière. Plus particulièrement, on ne saurait y opposer l'expertise et le rapport médical du Dr L.\_\_\_\_\_, dont l'appréciation a clairement été contredite par la situation professionnelle réelle de l'assuré. Il faut en effet constater qu'il a vu le recourant en consultation les 30 juin, 26 août et 17 septembre 2003, estimant alors que ce dernier avait épuisé ses ressources et présentait une incapacité de travail totale définitive, alors qu'à la même période, l'assuré a régulièrement travaillé comme interprète et a poursuivi cette activité jusqu'à mi-2004 (son CI démontre un revenu de 7'155 fr. pour la

période de janvier à août 2003, de 570 fr. de mai à décembre 2003, de 8'265 fr. de janvier à juin 2004 et de 4'726 fr. pour janvier 2004).

Parmi les autres rapports médicaux produits, aucun ne permet de contester l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_. En ce qui concerne ceux du Dr E.\_\_\_\_\_, outre que son avis pourrait relever de l'empathie propre au médecin traitant, il faut constater qu'il n'objective pas l'appréciation de l'incapacité de travail et que, comme pour le Dr L.\_\_\_\_\_, son appréciation a été contrecarrée par l'exercice d'une activité lucrative par le recourant au moment même où il l'estimait en complète incapacité de travail. Le rapport médical de la Dresse W.\_\_\_\_\_ est quant à lui postérieur à la décision litigieuse, tout comme le premier rendez-vous que la psychiatre a eu avec le recourant. Or selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3 ; 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4). Tel n'est pas le cas en l'espèce puisque la Dresse W.\_\_\_\_\_ ne fournit pas d'appréciation objectivée de l'état de santé psychique du recourant antérieur à la date de son rapport médical.

Cela étant, il y a lieu de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, y compris celles résultant de l'examen neuropsychologique. On peut encore préciser que celui-ci recommandait de procéder à une imagerie cérébrale afin de préciser la présence d'une éventuelle atteinte cérébrale organique. A défaut d'informations communiquées sur ce point par le recourant, on

présume qu'il n'existe pas de nouvelle atteinte à la santé somatique du registre cérébral.

**b)** Il convient maintenant d'examiner le calcul du préjudice économique subi par le recourant.

**aa)** Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 9C\_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible, respectivement de la modification possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 ; cf. TF 9C\_725/2015 précité consid. 4.1). S'il existe d'importants écarts avec les salaires antérieurs ou s'ils ont subi d'importantes fluctuations, le revenu sans invalidité doit être déterminé sur une plus longue période (Valterio, op. cit., n° 2093 p. 552).

Pour la détermination du revenu sans invalidité d'un indépendant qui ne tient pas de comptabilité conforme aux règles de l'art, il convient, en principe, de se référer au salaire inscrit sur son compte individuel AVS. Celui-ci ne constitue toutefois pas une donnée invariable ou une preuve définitive ne permettant pas d'aboutir sur la base d'autres éléments à une autre présomption que celle qui a été effectivement retenue. En règle générale, les inscriptions au compte individuel doivent toutefois avoir la primauté sur les déclarations fiscales qui peuvent être influencées par des considérations autres que celles qui relèvent des assurances sociales (Valterio, op. cit., n° 2097 p. 559).

Le revenu d'invalidité doit également être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires, édictée par l'OFS) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et références citées ; TF 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération (cf. par exemple TF 8C\_311/2015 du 22 janvier 2016 consid. 4.3).

**bb)** La procédure en matière d'assurances sociales est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est toutefois pas absolu et sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement

exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 125 V 193 consid. 2).

**cc)** En l'occurrence, dans sa demande de prestations du 14 novembre 2001, le recourant a indiqué qu'il avait touché un revenu de 144'643 fr. 55 en 1999 et 178'944 fr. 50 en 2000 grâce à son activité d'interprète indépendant. Il n'a toutefois apporté aucune preuve de ces revenus, ni aucun élément de comptabilité à ce sujet. Son CI démontre un revenu de 40'000 fr. pour les années 1999 et 2000, ce qui laisse présumer qu'il a dû être taxé d'office. Les taxations fiscales, outre qu'elles ne peuvent plus être requises, seraient donc sans grande utilité. Quant aux relevés bancaires versés en cause, ils ne sont en tant que tels pas suffisants pour connaître le résultat d'exploitation d'indépendant. Le revenu sans invalidité tel que retenu par l'OAI sur la base de la moyenne des salaires réalisés par le recourant entre 1993 et 2000 tels qu'ils ressortent du CI n'est donc pas critiquable. Toutefois, contrairement à ce qui est indiqué dans la décision attaquée, le montant de 56'416 fr. 80 retenu par l'OAI correspond à une indexation de ce revenu moyen jusqu'à l'année 2012 et non 2013. Peu importe puisqu'il y a dans tous les cas lieu d'indexer ce revenu à l'année 2014, ce qui correspond à un revenu sans invalidité de 57'266 fr. 20.

Quant au revenu avec invalidité, l'OAI s'est fondé sur le salaire de référence de l'ESS 2010. L'OAI aurait toutefois dû utiliser les nouvelles tables pour le calcul ESS actualisées à l'année 2012, lesquelles étaient connues au moment de la décision litigieuse (cf. la lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014). Si l'on se réfère à ces données ESS 2012 (TA 1, niveau de compétences 1), le revenu de référence pour un homme exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) est de 5'210 fr. pour une semaine de 40 heures. Après adaptation de ce salaire à l'horaire hebdomadaire de travail dans les entreprises en Suisse en 2014, c'est-à-dire 41,7 heures, et à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux (0,7 % pour 2013 et

0,8 % pour 2014), on obtient un revenu de 66'158 fr. 40. Le taux d'abattement de 15 % appliqué par l'OAI afin de tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge du recourant paraît tout à fait adéquat et le recourant ne le critique d'ailleurs pas. Le revenu avec invalidité se monte en définitive à 56'234 fr. 65, de sorte que le degré d'invalidité de l'assuré est de 1,8 %, ce qui justifie la suppression de la rente octroyée.

**8. a)** Dans la mesure où le recourant a plus de 55 ans, il entre dans la catégorie d'assurés pour lesquels des mesures d'observation professionnelle s'imposent en principe selon la jurisprudence avant suppression de la rente par voie de révision.

Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit en effet examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (cf. TF 9C\_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7.1.2.1 ; 9C\_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.1 et 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les arrêts cités).

Dans un arrêt 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5 (RSAS 2011 p. 504), le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement que sauf exceptions, une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente (cf. également TF 9C\_178/2014 précité consid. 7.1.2.2). De telles exceptions ont par exemple été admises lorsque l'assuré avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente, de sorte qu'il n'existait pas de longue période d'éloignement professionnel (cf. TF 9C\_292/2015 du 27 janvier 2016 consid. 5.2 et 8C\_597/2014 du 6 octobre 2015 consid. 3.2 et les références) ou lorsqu'il disposait d'une agilité particulière et était bien intégré dans l'environnement social (cf. TF 9C\_625/2015 du 17 novembre 2015 consid. 5, 9C\_68/2011 du 16 mai 2011 consid. 3.3 et la référence). Le point de savoir si les critères de la durée de 15 années d'allocation de la rente ou de l'accomplissement de la 55<sup>e</sup> année sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF 141 V 5 consid. 4).

**b)** En l'occurrence, en présence d'une reconsidération constatant une capacité de travail qui a toujours été présente, des mesures d'ordre professionnel préalables n'apparaissent pas nécessaires. Il ressort en outre du dossier que le recourant a été informé de l'existence de mesures de réadaptation lors d'un entretien à l'OAI du 16 décembre 2013, à l'occasion duquel il a déclaré ne rien être capable de faire. Il a ensuite été averti, par communication du 8 janvier 2014, que les

prestations d'invalidité pouvaient être réduites ou refusées s'il se soustrayait ou s'opposait, ou encore ne participait pas spontanément 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 (cf. art. 21 al. 4 LPGA). Malgré cela, lors d'un nouvel entretien à l'OAI le 30 juin 2014, il s'est déclaré inapte à suivre une mesure. Finalement, il faut relever que dans son recours, le recourant ne conclut pas subsidiairement à la mise en place de telles mesures.

**9. a)** Au vu de tout ce qui précède, il y a lieu, par substitution de motifs, de confirmer la décision attaquée en tant qu'elle prononce la suppression de la rente d'invalidité du recourant. C'est également à juste titre que l'OAI a prononcé cette suppression à partir du premier jour du 2<sup>e</sup> mois suivant la notification de la décision, au regard de l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 RAI.

En conséquence, le recours doit être rejeté.

**b)** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Dans la mesure où celui-ci a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, sous la forme d'une exonération d'avances et de frais judiciaires, ces derniers sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais

judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 juillet 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap Suisse (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :