

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 juin 2017

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Thalmann, juge, et M. Monod, assesseur  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Kathrin Gruber, avocate à Vevey,

et

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

---

**Art. 6 à 8, 17 LPGA ; 28 LAI**

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

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, travaillait comme ouvrier en pose de plafonds, emploi pour lequel il percevait un salaire annuel de 78'000 francs. Il a touché des prestations de l'assurance-chômage du 2 décembre 2004 au 26 août 2005 et s'est retrouvé en incapacité de travail à partir du 14 juillet 2005.

Le 31 octobre 2005, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), au motif qu'il présentait une insuffisance rénale et une anémie depuis juillet 2005.

Dans un rapport médical établi le 2 décembre 2005, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, hématologie et oncologie médicale, posait comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail une néphropathie à IgA (maladie de Berger) et, sans répercussion sur la capacité de travail, une anémie normocytaire normochrome peu régénérative, une hypercholestérolémie et une hypertension artérielle. Il estimait que l'incapacité de travail dans l'ancienne activité était totale depuis le 1<sup>er</sup> juin 2005 et que la reprise d'une activité adaptée devrait être évaluée après le traitement en cours.

La Dresse R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et néphrologie, indiquait dans son rapport du 23 janvier 2006, que l'assuré présentait une insuffisance rénale chronique sur néphropathie à IgA, rendant peu envisageable la reprise de son activité de monteur de plafonds à 100 %. Elle précisait que l'assuré, qui était encore passablement affaibli des suites de sa maladie, pouvait exercer une activité nécessitant une charge physique de travail moins lourde ou un travail moins exigeant physiquement, la reprise devant se faire à 50 % au début, au plus tôt à partir du 1<sup>er</sup> mars 2006. L'assuré devait éviter la position à genoux et accroupie et ne pouvait pas travailler de manière irrégulière, ni en hauteur ou sur une échelle.

Par décisions des 10 et 27 avril 2007, l'OAI a octroyé à l'assuré trois quarts de rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> juin 2006, dans la mesure où il présentait un degré d'invalidité de 66 %. L'OAI a procédé au calcul des revenus avec et sans invalidité selon une approche théorique basée sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), en tenant compte que l'assuré pouvait exercer une activité légère à 50 % et en appliquant un taux d'abattement de 10 %.

**B.** Dans un courrier du 23 octobre 2007, la Dresse R. \_\_\_\_\_ a communiqué à l'OAI que la reprise d'une activité professionnelle s'avérait impossible pour l'assuré ensuite d'une aggravation de sa maladie.

L'assuré a demandé la révision de son droit à la rente le 1<sup>er</sup> novembre 2007.

Dans un rapport du 23 janvier 2008, la Dresse R. \_\_\_\_\_ précisait que l'assuré était incapable d'effectuer des efforts physiques vu qu'il présentait une faiblesse généralisée, une fonte musculaire et une anémie qui ne se corrigeait pas malgré le traitement. Elle indiquait qu'il présentait une insuffisance rénale pré-terminale, qu'il devrait bénéficier très prochainement d'un traitement de substitution, et qu'une fois qu'il serait dialysé ou au bénéfice d'une greffe rénale, on pouvait s'attendre à une nette amélioration de la capacité de travail, permettant la reprise du travail à 50 % au moins, dans une activité qui ne devrait toutefois pas impliquer de charge physique lourde.

Selon un rapport de la Dresse R. \_\_\_\_\_ du 23 octobre 2008, la fonction rénale du patient s'était rapidement altérée depuis juin 2008, il avait bénéficié d'une greffe rénale le 23 septembre 2008, qui justifiait un arrêt de travail total pendant au moins trois mois, et il devait éviter tout port de charges lourdes. En l'absence de complications et si la fonction rénale était préservée, la reprise d'une activité non physiquement exigeante était envisageable à 50 %, et dès six mois après la greffe, le pourcentage pourrait être augmenté en fonction de l'évolution post-

transplantation. En raison de sa maladie et du traitement immunosuppresseur, le patient se trouvait toutefois très affaibli et avait notamment perdu quasi toute sa masse musculaire.

Par décisions des 22 février et 22 mars 2010, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> février 2008, dans la mesure où son état de santé s'était aggravé depuis le 23 octobre 2007 et qu'il présentait une incapacité totale de travail et de gain dans toute activité lucrative.

**C.** Au mois de juillet 2010, l'OAI a initié une procédure de révision de la rente et sollicité l'avis de la Dresse R.\_\_\_\_\_. Celle-ci a exposé, dans un rapport médical du 22 décembre 2010, que depuis la transplantation, la fonction rénale était bonne et stable, que l'assuré était toujours sous un traitement immunosuppresseur lourd qu'il devrait maintenir à vie, qu'il s'était énormément affaibli, qu'il avait perdu beaucoup de poids et souffrait aussi d'une importante fonte musculaire, complications qui ne s'étaient pas améliorées par la greffe. Il présentait également une ostéoporose, confirmée par densitométrie osseuse. Il pouvait reprendre une activité adaptée à 50 %, puis augmenter à 100 %, mais devait éviter tout travail physique lourd ainsi que le port de charge de plus de 5 kg. Un travail à horaires réguliers était préférable, étant donné qu'il devait prendre son traitement immunosuppresseur à intervalles réguliers, le travail de nuit devait être évité, tout comme le travail à l'extérieur, ainsi que l'exposition à des poussières ou à des substances potentiellement contaminées par des germes compte tenu du fait qu'il était plus au risque de complications infectieuses. Etant donné l'importante fonte musculaire et la faiblesse des membres inférieurs, il ne devait pas travailler sur une échelle ou un échafaudage et devait éviter de monter des escaliers de manière prolongée.

La Dresse R.\_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport le 17 avril 2012, dans lequel elle précisait que la situation clinique et néphrologique de l'assuré était stable depuis 2010, une récurrence de la maladie de Berger étant toutefois à craindre sur le greffon. Il présentait toujours une

importante fatigue ainsi qu'une faiblesse avec fonte musculaire et n'avait jamais récupéré son poids de forme ni sa masse musculaire depuis la greffe. Selon la Dresse R.\_\_\_\_\_, l'assuré pouvait exercer une activité lucrative adaptée à sa capacité physique à 50 % puis progressivement jusqu'à 100 % éventuellement.

Une mesure d'observation professionnelle a été mise en place pour l'assuré à 50 % auprès des Ateliers U.\_\_\_\_\_ de la Fondation M.\_\_\_\_\_ dans le secteur démontage de composantes électroniques du 3 au 28 septembre 2012. Après la première semaine de travail, l'assuré se plaignait d'une augmentation des douleurs dans la jambe gauche, la main et le bras droits. La mesure a été interrompue du 10 au 18 septembre 2012, selon un certificat médical d'incapacité de travail délivré par la Dresse R.\_\_\_\_\_. L'assuré a ensuite repris la mesure mais a dû l'arrêter le 24 septembre 2012 en raison de douleurs très présentes.

Il ressort du rapport d'évaluation pré-stage des Ateliers U.\_\_\_\_\_ du 21 septembre 2012 que l'assuré s'était plaint d'importantes douleurs et d'une très grande fatigue. Les organisateurs du stage relevaient que le moral de l'assuré était « au plus bas » dans le sens où cette mesure le confrontait à ses limites, chose qui lui était difficile à gérer, qu'il ne dormait que 3 à 4 heures par nuit selon ses dires et qu'il lui était difficile d'accepter ses limitations, ce qui interférait fortement sur son moral. Ils concluaient qu'une demi-journée de travail semblait trop difficile à assumer tant les douleurs étaient vives et pénibles à gérer, et que les travaux du type recyclage, alternant les positions assises et debout et sans port de charges, ne semblaient pas adaptés.

En date du 9 janvier 2013, la Dresse R.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'hormis son état physique, l'assuré avait été, psychologiquement également, très fragilisé par sa situation médicale et sa maladie chronique depuis 2005, que sa situation familiale s'était compliquée les derniers mois en raison de conflits avec son épouse et qu'il nécessitait un soutien psychologique. La Dresse R.\_\_\_\_\_ estimait qu'il ne pourrait pas supporter un trop grand stress, notamment dans le cadre d'un nouvel

environnement professionnel, et qu'une reprise à 50 % dans un travail adapté était le mieux qu'on pouvait alors espérer.

L'OAI a organisé une mesure d'entraînement à l'endurance à l'Association Y.\_\_\_\_\_, en section mécanique. Cette mesure a débuté le 9 octobre 2013 à raison de deux heures par jour, quatre jours par semaine, avec objectif de passer ensuite à quatre heures par jour, quatre jours par semaine. L'assuré a été mis en arrêt de travail du 5 au 8 novembre 2013. Depuis le 11 novembre 2013, il a pu augmenter son taux de présence à trois heures par jour, quatre jours par semaine. Le 2 décembre 2013, l'OAI a décidé de prolonger cette mesure jusqu'au 4 avril 2014. Dans leur rapport intermédiaire du 28 janvier 2014, les organisateurs de la mesure ont relevé que la concentration de l'assuré et la qualité de son travail étaient fluctuantes en fonction des douleurs ressenties, qu'il avait une faible résistance nerveuse et mentale, qu'il appréhendait notamment l'augmentation des heures de travail car il ne se sentait pas la force de tenir le coup en raison de ses douleurs. Ils notaient que sa motricité globale était ralentie, qu'il devait fréquemment changer de position, que son habileté était péjorée à cause de tremblements au niveau des mains, que les activités répétitives lui occasionnaient des douleurs et qu'il démontrait peu de motivation. L'assuré s'est retrouvé en incapacité de travailler le 27 janvier 2014 ainsi que du 24 février au 10 mars 2014. Il ressort de l'entretien tripartite que l'OAI a eu avec les responsables de la mesure et l'assuré le 13 mars 2014 que ce dernier était très ralenti en raison de difficultés de concentration et d'une grande fatigabilité, que son rendement était situé entre 50 % et 60 % sur un temps de présence maximal de trois heures par jour « dans les bons jours » et qu'il devait régulièrement partir plus tôt, trop fatigué pour continuer.

Selon le rapport final de l'OAI du 13 mars 2014 :

La situation est complètement superposable à ce qu'elle était en mai 2012. Monsieur W.\_\_\_\_\_ est complètement résigné, abattu, il a le teint gris et est très amaigri. Centré sur ses douleurs, il n'a pas pu augmenter son taux de présence. Ses plaintes sont toujours les mêmes.

Nous sommes convaincus que Monsieur W.\_\_\_\_\_ ne fait pas preuve de mauvaise volonté, mais n'arrive pas à sortir de ses

douleurs qui lui prennent toute son énergie. La CT théorique de 50 % est complètement inexploitable aujourd'hui dans l'économie.

La Dresse R.\_\_\_\_\_ a rédigé un nouveau rapport médical le 28 avril 2014, dans lequel elle indiquait que la situation clinique et biologique était stable, que sur le plan néphrologique, une activité professionnelle à 50 % était tout à fait envisageable avec possibilité d'augmenter ce taux d'activité par des mesures professionnelles progressives. Elle précisait que l'assuré était déconditionné physiquement (il se plaignait en effet d'une importante fatigue et de faiblesse musculaire), mais également psychologiquement, face à des exigences d'horaires et de rendement, et qu'il était extrêmement angoissé et stressé dans le cadre de toute activité professionnelle.

Sur recommandation du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), une expertise psychiatrique été ordonnée par l'OAI. L'expertise a été réalisée par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 11 avril 2015, l'expert a notamment indiqué :

Les stages à l'institution M.\_\_\_\_\_ en 2012 étaient un peu point tournant car on a ici observé un homme toujours plus mal, démotivé, se plaignant de fatigue, fatigabilité, divers symptômes corporels, tout ceci dramatique à un tel point que les responsables de stage ne voyaient pas comment il pouvait continuer. A ce moment-là, le décalage entre l'appréciation du point de vue de la médecine interne et l'auto-appréciation s'est accentué massivement. On peut dire qu'on est jusqu'à aujourd'hui dans cette même dynamique ; du côté médical on atteste toujours une bonne base pour un fonctionnement proche de la normalité, du côté subjectif absolument le contraire ; M. W.\_\_\_\_\_ est profondément ancré dans une conviction d'être invalide total, inapte pour toute activité. La palette des symptômes évoqués s'est encore accentuée. Lors de notre examen, il a par exemple parlé de perturbations dans les domaines suivants :

- douleurs quasi ubiquitaires,
- enflures des doigts et des genoux,
- crampes dans les jambes,
- pression sur le cœur,
- acidité d'estomac,
- peau fragile,
- problèmes respiratoires,
- maux de tête,
- vertiges.

Du côté purement psychique, il n'y avait que peu de plaintes. L'assuré disait même son moral assez bon, il s'est caractérisé malgré tout comme non pessimiste, mais se plaignant d'un mauvais sommeil, de fatigue et de fatigabilité.

En observation directe, nous avons vu et décrit un homme dans une approche un peu retenue, en manque d'élan vital, peu expressif, mais sans véritable trouble cognitif, sans troubles formels de la pensée, sans trouble psychotique et sans symptôme anxieux patent.

Sur le plan affectif, il était dans une humeur un peu terne, abasée, légèrement abaissée, assez souvent du type dysphorique, permettant seulement de temps en temps des petits éclaircissements et sourires. En arrière-fond, il y avait malgré tout une certaine résonance affective et un sens de l'humour. Quelques ouvertures pour les choses de la vie étaient évoquées, bien que réduites par rapport à la norme.

L'anamnèse systématique nous a indiqué d'une part un fonctionnement social encore proche de la normalité. L'assuré conduit, il peut utiliser les transports publics, il a un petit cercle de connaissances, une vie de couple, un mode de fonctionnement dans le quotidien avec quelques confort, des sorties et autres éléments. Contrairement aux conseils de ses médecins, il n'a pas entrepris de reconditionnement, il ne fait aucun sport, aucune activité, il reste plutôt passif en attente de la physiothérapie. Il continue de fumer, d'une manière générale, il est plutôt passif.

Tout ceci renforce l'image qu'il a donnée à plusieurs observateurs dans ce dossier, celle de la démotivation, de la fixation sur le handicap et ses symptômes, absolument pas prêt à envisager une alternative dans son mode de fonctionnement. Ceci a été bien confirmé lors de notre entretien avec le néphrologue qui nous a clairement dit que son patient n'a au fond jamais accepté sa maladie.

Dans l'évaluation psychiatrique, il n'y a donc très clairement pas d'état dépressif significatif à retenir. Tout au plus peut-on parler d'un état dysphorique-dysthymique. Il n'y a aucun traitement spécifique ni souhaité ni en place et l'assuré utilise l'antidépresseur prescrit de manière atypique, uniquement lorsqu'il a des problèmes de sommeil. On peut de ce fait dire que, si l'état thymique était abaissé dans le futur, il existe une très bonne marge thérapeutique pour aider cet homme. Mais, de l'autre côté, même le meilleur antidépresseur et/ou la meilleure combinaison de médicaments ne peut pas surmonter ou changer une motivation inexistante. On est donc à nouveau renvoyé à des facteurs extra-médicaux/extrapsychiatriques.

La palette des symptômes étalée pourrait laisser penser au tableau d'une somatisation, mais nous nous abstenons ici car il n'y a aucune problématique sous-jacente visible qui pourrait confirmer que cet homme n'a pas d'autres moyens d'expression que le corporel.

Force est de constater qu'il n'y a pas d'indice pour une comorbidité psychiatrique véritable et avec impact sur la capacité de travail.

Au final, le Dr V.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de dysthymie/dysphorie (F34.1) et précisé ce qui suit :

Il existe en parallèle le phénomène d'élargissement des symptômes pour des raisons psychiques et sociales, mais qui n'est pas la même chose que la majoration des symptômes. De ce fait, nous avons renoncé à poser le diagnostic F68.0

L'essentiel de la problématique de cette homme renvoie donc au fait que, pour des raisons personnelles, il n'a pas fait le pas d'acceptation de sa maladie et deuxièmement la nécessité de s'impliquer vers une autre activité professionnelle. Ceci est totalement personnel et n'a rien à voir avec une quelconque atteinte psychique. On se trouve en majeure partie en face de facteurs extra-médicaux.

En conséquence, il n'existe, du point de vue purement psychiatrique, aucune incapacité de travail ni diminution de rendement. Toutes les activités qui sont considérées comme exigibles d'un point de vue somatique le sont aussi d'un point de vue psychique-psychiatrique.

Vu les fortes résistances sous-jacentes, cela ne fait à notre avis pas sens de conduire l'assuré à nouveau dans des mesures de reclassement.

Dans son avis médical du 30 avril 2015, le SMR a adhéré aux conclusions de cette expertise psychiatrique, confirmé l'absence d'incapacité de travail au plan psychiatrique et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2010, comme attesté par la Dresse R.\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 22 décembre 2010 et 17 avril 2012, et de 100 % au moins depuis le 11 avril 2015, date de l'expertise psychiatrique du Dr V.\_\_\_\_\_.

Le 8 juin 2015, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision supprimant sa rente d'invalidité, au motif qu'il présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée du 1<sup>er</sup> décembre 2010 au 10 avril 2015 et de 100 % dès le 11 avril 2015, comme une activité industrielle légère sans port de charges ou à l'établi, avec un conditionnement léger et sans travail physique lourd, ni port de charge, ni horaires irréguliers, ni travail de nuit, ni à l'extérieur et ne l'exposant pas à des poussières ou à des substances potentiellement contaminées par des germes. Pour calculer le salaire avec invalidité, l'OAI s'est référé au salaire auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des tâches physiques

ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) en 2013 selon l'ESS, qu'il a adapté à la durée hebdomadaire de travail moyenne en 2013 et à l'évolution des salaires nominaux de 2013 à 2015 (+ 0,8 %), ce qui donnait un salaire annuel de 66'177 fr. 70. L'OAI a estimé que sans atteinte à la santé, l'assuré aurait gagné en 2015 un salaire de 85'978 fr., de sorte que son degré d'invalidité était de 23,03 %. Dans la mesure où ce degré d'invalidité était inférieur à 40 %, son droit à la rente s'éteignait.

Par courrier du 16 juin 2015, la Dresse R. \_\_\_\_\_ a contesté ce projet de décision, invoquant qu'actuellement l'assuré était physiquement et psychologiquement incapable de travailler à 100 % et qu'au mieux, une activité à 50 % pourrait être envisagée. Elle a exposé que l'assuré se plaignait chroniquement d'une importante fatigue et de faiblesse musculaire, qu'il avait perdu énormément de poids et surtout toute sa masse musculaire, qu'il présentait d'importantes douleurs musculaires et articulaires, même lors d'efforts modérés, de sorte que sa capacité physique restait nettement diminuée. La Dresse R. \_\_\_\_\_ estimait que les stages mis en place par l'OAI avaient échoué essentiellement en raison d'une certaine faiblesse psychologique du patient, que celui-ci était extrêmement angoissé et stressé dans le cadre de toute activité professionnelle nouvelle, qu'il faisait actuellement difficilement face à des exigences d'horaires et de rendement. Elle trouvait son patient profondément déprimé, contrairement aux constatations du Dr V. \_\_\_\_\_.

Par décision du 20 juillet 2015, l'OAI a supprimé le droit de l'assuré à une rente d'invalidité dès le premier jour du 2<sup>e</sup> mois qui suit la notification de la décision, reprenant l'argumentation de son projet de décision.

**D.** Le 27 août 2015, l'assuré a recouru contre cette décision par l'intermédiaire de sa mandataire auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au maintien de sa rente d'invalidité complète, subsidiairement à l'octroi d'une rente partielle. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de

déterminer s'il souffrait de troubles somatoformes douloureux et si ceux-ci étaient invalidants, puisque le Dr V.\_\_\_\_\_ ne s'était pas déterminé à ce sujet. Il soulignait que tant les responsables des mesures de réinsertion que la personne en charge de son dossier à l'OAI avaient pu constater que malgré les efforts dont il avait fait preuve, il ne parvenait pas à travailler régulièrement en raison de ses douleurs. Il contestait la capacité de travail théorique retenue, soulignant que les mesures suivies avaient démontré que sa capacité de travail était complètement inexploitable dans l'économie, ce qui justifiait l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Il estimait que, même si on retenait une capacité de travail théorique de 100 %, un abattement de 25 % devrait être appliqué au revenu avec invalidité compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de son rendement limité.

L'OAI s'est déterminé sur le recours en date du 29 septembre 2015, relevant qu'une expertise psychiatrique avait déjà été mise en œuvre, que l'expert avait conclu à l'absence d'incapacité de travail et de limitations fonctionnelles sur le plan psychique et n'avait pas fait état d'un trouble somatoforme douloureux.

Par courrier du 19 octobre 2015, le recourant a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_, lequel relevait les douleurs, l'anxiété et la phobie qu'il présentait mais sans en tirer de conclusions. Il a produit un rapport médical établi le 17 octobre 2015 par son psychiatre traitant, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci posait le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant chronique, status après transplantation d'un rein, anémie, hypertension artérielle et hypercholestérolémie. Le Dr K.\_\_\_\_\_, qui suivait l'assuré depuis juillet 2015, estimait que pratiquement aucune activité lucrative n'était alors exigible, dans la mesure où la capacité de travail de l'assuré était largement compromise à long terme pour des raisons psychiques.

En date du 10 décembre 2015, l'OAI a maintenu sa position, versant en cause un avis médical du SMR du 16 novembre 2015, lequel

relevait que le Dr K.\_\_\_\_\_ avait commencé à suivre l'assuré un mois après l'envoi du projet de décision et qu'il était peu vraisemblable que l'apparition du trouble somatoforme remonte à la date de transplantation du rein, d'autant moins qu'aucun suivi psychiatrique n'avait été mis en place avant juillet 2015. Le SMR relevait que le Dr K.\_\_\_\_\_ faisait des hypothèses en sortant de son domaine de compétence afin d'expliquer la symptomatologie douloureuse et psychiatrique, qu'il attestait que le trouble somatoforme était résistant à la thérapie alors qu'aucun traitement n'avait été mis en place avant juillet 2015, que le traitement actuel était un traitement psycho-dynamique ambulatoire et que la médication n'était pas précisée. Le SMR considérait que le Dr K.\_\_\_\_\_ ne détaillait pas de façon précise les raisons médicales qui lui faisaient retenir ce diagnostic et ne décrivait pas de manière approfondie l'anamnèse de son patient ni son contexte social.

**E.** Le 3 novembre 2016, le magistrat instructeur a informé les parties de son intention de réaliser une expertise psychiatrique judiciaire. Celle-ci a été confiée, avec l'aval des parties, au Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 27 février 2017, il a retenu les diagnostics de trouble dysthymique (F34.1) et trouble de l'anxiété généralisée (F41.1). Il a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail psychiatrique de 50 % depuis le 23 septembre 2009. Il exposait notamment ce qui suit au sujet des diagnostics :

Dans le cas présent, le soussigné retient une humeur dépressive qui dure toute la journée et plus d'un jour sur deux. Celle-ci est vraisemblablement présente depuis des années.

Par ailleurs, M. W.\_\_\_\_\_ se plaint de troubles du sommeil, d'une diminution de l'appétit, de difficultés de concentration, d'une baisse de l'estime de soi et d'un sentiment marqué de perte d'espoir.

Même si une partie de cette symptomatologie se recoupe avec ce que désigne le trouble anxiété généralisée décrit ci-après, le soussigné considère qu'on doit poser un diagnostic de trouble dysthymique (dysthymie), à l'instar de ce qu'avait d'ores et déjà retenu l'expert V.\_\_\_\_\_.

[...]

Lorsqu'il est questionné avec beaucoup de soin, l'intéressé rapporte une anxiété et des soucis excessifs qui se sont progressivement imposés, au moins depuis l'annonce de sa maladie rénale en 2005 et les conséquences de celle-ci.

Cette anxiété de fond est associée à d'autres symptômes dont on doit tenir compte, même s'ils se recoupent pour certains d'entre eux avec ce que désigne déjà le trouble dysthymique.

L'intéressé se plaint de fatigabilité, d'irritabilité, de difficultés de concentration et de trous de mémoire et d'un sommeil fragmenté et non-récupérateur. Il a fréquemment la sensation d'être à bout.

L'assuré se plaint aussi de tension musculaire et de douleurs de la musculature essentiellement localisées aux membres inférieurs mais pas toujours. Les collaborateurs de réadaptation ont rapporté les tremblements dans un document au dossier.

Au vu de ces éléments, le soussigné retient ici un diagnostic de trouble anxiété généralisée. Il considère que cette pathologie anxieuse domine largement le tableau clinique, même si elle n'a pas été formellement retenue jusqu'ici. Il s'écarte par conséquent de l'appréciation diagnostique V.\_\_\_\_\_.

A ce sujet, l'expert est persuadé que les troubles anxieux ne sont souvent retenus que tardivement dans les dossiers médicaux, dans la mesure où ils ne motivent pas la démarche initiale des sujets en cause auprès du système de soins.

Les anxieux évitent souvent de parler de leur anxiété par crainte de s'y exposer. Ils peuvent aussi en avoir honte, comme c'est probablement le cas ici. Ils ne se perçoivent pas toujours comme des malades auxquels les structures de santé pourraient répondre par une aide appropriée et ne voient dès lors pas d'intérêt à se plaindre de leur anxiété.

Pour le soussigné, les troubles anxieux sont pourtant des pathologies psychiatriques qui n'ont rien de banal et dont le caractère incapacitant peut être sous-estimé.

[...]

Dans la mesure où l'on retient le trouble anxiété généralisée, le soussigné considère qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant peut être raisonnablement exclu. Ce trouble comprend des douleurs ou de l'endolorissement musculaire, sans qu'on doive cumuler une autre entité diagnostique.

Dans le cas présent, la douleur n'est pas au premier plan, en dehors de périodes où ce sujet déconditionné est mobilisé physiquement. M. W.\_\_\_\_\_ n'a parlé de ses douleurs au soussigné qu'à partir du moment où il a été spécifiquement questionné à ce sujet. Elle n'est dès lors pas sa plainte principale.

La douleur n'est pas rapportée comme intense et constamment intense. L'intéressé n'a d'ailleurs qu'une médication antalgique mineure de Dafalgan en réserve. Il ne consulte pas de façon insistante et répétée pour obtenir un traitement antalgique.

Pour le soussigné, le tableau clinique offert par M. W.\_\_\_\_\_ n'est certainement pas celui d'un comportement douloureux chronique.

L'expert V. \_\_\_\_\_ évoque la somatisation pour finalement l'écartier. En dehors du médecin psychiatre traitant, aucun intervenant au dossier n'a retenu de syndrome douloureux somatoforme persistant dans ce cas.

[...]

Il est par contre vrai qu'une partie du comportement d'invalidé de M. W. \_\_\_\_\_ doit être associée à une position psychologique d'impuissance et de régression qui ne saurait être assimilée à une maladie psychiatrique stricto sensu. Le soussigné rejoint en partie l'expert V. \_\_\_\_\_ sur ce point.

S'agissant des limitations fonctionnelles du recourant, l'expert mentionnait les éléments suivants :

Dans la mesure où il ne se sent pas sur-sollicité, l'assuré est capable de s'adapter aux règles et aux routines d'une activité professionnelle. Il gère son traitement médical de façon appropriée. Il se rend à ses rendez-vous, d'après les informations à disposition. Il semble prendre régulièrement ses médicaments et du moins ceux prescrits en raison de la greffe, sachant qu'il n'y a jamais eu de manifestations de rejet jusqu'ici. Il a respecté ce qui est requis pour que la présente évaluation d'expertise se passe dans de bonnes conditions.

L'intéressé manque par contre de capacités adaptatives. Il se montre très fragile face aux facteurs de stress et ce, même face aux facteurs de stress qui constituent l'ordinaire de la vie de tous les jours. Il tend alors à perdre ses moyens et/ou abandonner le projet en cours.

S'il se sent sur-sollicité, M. W. \_\_\_\_\_ peine à planifier et structurer ses tâches, à faire usage de ses compétences spécifiques, à analyser une situation et à prendre des décisions adéquates en conséquence.

En raison de la fatigue et de la fatigabilité, l'intéressé est moins endurant que tout un chacun.

Avec les symptômes anxieux et dépressifs actuels, l'intéressé a des difficultés à s'affirmer. Il rencontre des problèmes relationnels dans la société en général et avec ses proches. Il est irritable.

L'intéressé ne semble plus apte à avoir des activités de loisirs. Il peut se déplacer, sous certaines conditions. Il a pu voyager seul et en voiture entre [...] et [...] pour la deuxième consultation d'expertise. Il est autonome pour ses activités de la vie quotidienne, son hygiène et ses soins corporels, d'après les informations à disposition.

En conclusion, l'expert a retenu ce qui suit :

C'est avec la découverte d'une grave néphropathie au milieu des années 2000 que tout semble avoir basculé. Avec le traitement d'Endoxan, l'expertisé est devenu stérile. Le projet d'un deuxième

enfant ne s'est jamais réalisé même s'il y avait eu un prélèvement de sperme avant le traitement. L'intéressé a perdu son statut de "père nourricier", sa femme ayant dû passer à une activité à plein temps pour compenser la baisse de revenu du couple. Il a enfin perdu le statut social d'une personne normalement insérée dans le premier marché du travail et qui avait acquis de bonnes compétences dans son métier.

Au passage on doit aussi préciser que la prednisone, le Prograf (rejet), le pantozol (protecteur gastrique), le Vascord (hypertension artérielle) et l'Inegy (hypocholestérolémiant) peuvent provoquer ou aggraver des troubles dépressifs et, pour certains d'entre eux, des troubles du sommeil, l'irritabilité, l'anxiété et les troubles de l'attention et de la concentration. Ces effets indésirables, qu'il ne faut pourtant pas surestimer, sont mentionnés explicitement dans le Compendium suisse des médicaments.

M. W. \_\_\_\_\_ a présenté ce qui a vraisemblablement été au départ un trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive. Avec le temps qui a passé, ce tableau clinique a évolué vers un trouble dysthymique et une anxiété généralisée.

En l'état, le soussigné considère qu'on doit admettre des limitations et une incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Il la chiffre à 50 %, quelle que soit l'activité proposée à l'intéressé. Ce 50 % remonte vraisemblablement au moment où l'assuré a pris conscience du plateau de réadaptation soit probablement une année après la greffe rénale du 23.09.2008.

Le soussigné admet dès lors une incapacité de travail psychiatrique de 50 % depuis le 23.09.2009. Ce 50 % est vraisemblablement resté constant depuis lors, même s'il y a eu des hauts et des bas. Il pourrait être fixé pour une longue durée.

Dans une prise de position réceptionnée le 13 mars 2017, le recourant a fait savoir qu'il avait eu une récurrence de sa maladie. Celle-ci avait nécessité six mois de traitement immunosuppresseur plus lourd, de juin à décembre 2016 ; la Dresse R. \_\_\_\_\_ estimait sa capacité de travail sur le plan somatique à 50 % dans une activité adaptée, dans un courriel du 7 mars 2017. Le recourant en déduisait qu'il présentait une capacité de travail résiduelle de 25 %, compte tenu de l'incapacité de travail de 50 % pour raisons psychiques, ce qui lui donnait le droit à une rente d'invalidité entière. Il concluait subsidiairement à l'octroi de trois-quarts de rente d'invalidité, si l'on tenait compte de la moitié du revenu d'invalidité de 66'177 fr. calculé par l'OAI.

L'OAI s'est déterminé en date du 3 avril 2017. Il a produit un avis du SMR du 20 mars 2017, lequel ne voyait pas de raison de s'écarter

des conclusions de l'expertise sur la capacité de travail du recourant et sur ses limitations sur le plan psychique. L'OAI, estimant que des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables, a procédé à un nouveau calcul des revenus avec et sans invalidité sur la base des données statistiques et en appliquant un taux d'abattement de 20 %. Il en ressortait un préjudice économique de 71 % de sorte que l'OAI proposait la réintroduction de la rente entière à la date de sa suppression.

### **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, sous réserve des dérogations expresses prévues (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA, instaurant une procédure d'opposition, et 58 LPGA, consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours, 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.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** 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 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

**c)** En l'occurrence, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** Est litigieuse en l'espèce la question de la suppression à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2015 de la rente entière d'invalidité versée au recourant, singulièrement du degré d'invalidité qu'il présente à partir de cette date-là. Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une procédure de révision de la rente d'invalidité initiée d'office par l'OAI en juillet 2010.

**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).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, un taux d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

**b)** 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. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

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.

**4. a)** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C\_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

**b)** Dans le cas présent, l'évaluation de l'état de santé du recourant doit s'apprécier avec comme point de comparaison la décision du 22 mars 2010, qui donnait au recourant le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à partir du 1<sup>er</sup> février 2008, du fait qu'il présentait un degré d'invalidité de 100 %. Il s'agit en effet de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents ainsi qu'une appréciation des preuves.

**5.** 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).

**6. a)** Sur le plan somatique, il apparaît que le recourant a recouvré, depuis avril 2015 à tout le moins, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, moyennant des mesures de réentraînement au travail destinées à lutter contre son important déconditionnement. Dans ses rapports médicaux des 22

décembre 2010, 17 avril 2012 et 28 avril 2014, la Dresse R.\_\_\_\_\_ indique en effet que depuis la transplantation, la fonction rénale de l'assuré est bonne et stable, et qu'il peut reprendre à 50 % et progressivement jusqu'à 100 %, l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, à savoir qu'il doit éviter tout travail physique lourd, le port de charge de plus de 5 kg, le travail de nuit, l'exposition à des poussières ou à des substances potentiellement contaminées par des germes, le travail à l'extérieur et il est préférable qu'il exerce un emploi à horaires réguliers. La Dresse précise également que l'assuré s'est énormément affaibli, qu'il a perdu beaucoup de poids et souffre d'une importante fonte musculaire. Etant donné la faiblesse de ses membres inférieurs, l'assuré ne doit pas travailler sur une échelle ou un échafaudage et doit éviter de monter des escaliers de manière prolongée.

L'OAI a mis en place une mesure d'observation professionnelle à 50 % en septembre 2012, puis une mesure d'entraînement à l'endurance d'octobre 2013 à mars 2014, lesquelles ont échoué en raison de la fatigue et des douleurs présentées par l'assuré. La responsable de la réadaptation professionnelle de l'OAI a mis un terme au mandat de réadaptation le 13 mars 2014. Malgré l'échec de ces mesures, la Dresse R.\_\_\_\_\_ confirmait, dans son certificat médical du 28 avril 2014, que la reprise d'une activité professionnelle à un taux d'activité de 50 % était possible sur le plan somatique et que ce taux pourrait être progressivement augmenté jusqu'à 100 % par des mesures professionnelles progressives.

Dans un courriel du 7 mars 2017, la Dresse R.\_\_\_\_\_ indique que le recourant a eu une récurrence de sa maladie sur le greffon, ayant nécessité un traitement immunosuppresseur plus lourd de juin à décembre 2016, et que sa capacité de travail sur le plan somatique est actuellement de 50 %. Il n'y a toutefois pas lieu, dans le cadre du présent litige, de tenir compte de ces éléments dans la mesure où ils sont postérieurs à la décision attaquée. En effet, 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). On peut au demeurant préciser qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé physique du recourant n'est actuellement pas décisive au vu de l'issue du présent litige.

Au moment où la décision litigieuse a été rendue, l'OAI était donc fondé à retenir que, sur le plan somatique, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail de 50 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 et entière au moins dès le 11 avril 2015 dans une activité adaptée.

**b)** Sur le plan psychique, l'assuré a fait l'objet d'une expertise psychiatrique ordonnée par l'OAI. Dans son rapport d'expertise, le Dr V.\_\_\_\_\_ retient pour diagnostic une dysthymie et dysphorie (F34.1), qui est toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. Sur plan clinique, il constate en particulier qu'aucun tableau psychopathologique bien déterminé ne se dégage et que les quelques items significatifs évoqués sont en majeure partie déterminés par des notions subjectives de l'assuré et sont très faiblement concordants avec les observations de l'expert. Il conclut que l'essentiel de la problématique tient au fait que l'assuré, pour des raisons personnelles, n'a pas fait le pas d'accepter sa maladie, ni de s'impliquer vers une autre activité professionnelle, ce qui n'a rien à voir avec une quelconque atteinte psychique.

Dans son rapport du 16 juin 2015, la Dresse R.\_\_\_\_\_ met quant à elle en évidence divers symptômes de la lignée dépressive, à savoir que l'assuré a perdu son élan vital, n'arrive pas à se projeter, dort mal, mange très peu, s'énerve facilement, présente de multiples plaintes somatiques mal systématisées, n'est intéressé à rien et rumine ses problèmes. Elle évoque également une certaine faiblesse psychologique, dont elle avait déjà fait mention dans ses rapports des 9 janvier 2013 et

28 avril 2014, en ce sens que l'assuré se montre extrêmement angoissé et stressé dans le cadre de toute activité professionnelle nouvelle.

Dans son rapport du 17 octobre 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_ soutient pour sa part que son patient souffre d'un trouble somatoforme douloureux persistant. A ce propos, le Dr V. \_\_\_\_\_, tout en admettant que la palette des symptômes présentés par le recourant pouvait laisser penser au tableau d'une somatisation, s'est abstenu de retenir un tel diagnostic, au motif qu'il n'y avait aucune problématique sous-jacente visible qui pouvait confirmer que le recourant n'avait pas d'autres moyens d'expression que la sphère corporelle. Cet argument, qui revient à dire que le recourant posséderait des ressources d'expression psychiques, ne semble apparemment pas tenir compte du fait que le recourant n'a jamais accepté sa maladie (cf. rapport d'expertise p. 14 et 16) et n'apparaît pas en mesure de traverser par un travail psychique les épreuves qu'il a subies. Compte tenu des doutes quant à la présence d'un trouble somatoforme douloureux chez le recourant, auxquels s'ajoute l'absence de discussion par le Dr V. \_\_\_\_\_ des effets psychiatriques du traitement immunosuppresseur lourd pris par le recourant, une expertise judiciaire a été ordonnée.

Dans son rapport du 27 février 2017, le Dr S. \_\_\_\_\_ confirme le diagnostic de dysthymie retenu par le Dr V. \_\_\_\_\_ et y ajoute celui de trouble d'anxiété généralisée. Il expose de manière détaillée les motifs qui l'ont conduit à retenir ces diagnostics et à écarter celui de trouble somatoforme douloureux. Il précise notamment les raisons pour lesquelles le diagnostic d'anxiété généralisée n'a pu être posé que tardivement et précise également que l'évaluation s'est avérée particulièrement difficile (cf. rapport d'expertise p. 11). De même, il évoque, tout comme le Dr V. \_\_\_\_\_, la démotivation du recourant, qui constitue un aspect non médical de sa problématique. Son rapport d'expertise répond en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante des documents médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3a) et emporte la conviction de la Cour de céans. Le Dr S. \_\_\_\_\_ énumère de manière précise les limitations fonctionnelles du recourant : manque de capacités adaptatives,

fragilité face au stress même dans la vie ordinaire, incapacité à planifier et structurer les tâches ainsi qu'à analyser une situation et prendre les décisions adéquates en cas de sur-sollicitation, fatigue, fatigabilité, manque d'endurance, problèmes relationnels, irritabilité. Au final, il retient une incapacité de travail pour raisons psychiques de 50 % depuis le 23 septembre 2009, soit une année après la greffe rénale.

**c)** Il ressort de ce qui précède que le recourant a retrouvé une capacité de travail physique de 50 % dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 puis de 100 % dès le 11 avril 2015 au moins, mais a, pendant toute cette période, présenté une incapacité de travail pour raisons psychiques de 50 %, incapacité qui perdure actuellement. En résumé, sa capacité de travail est de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2010.

Le fait que les mesures d'ordre professionnel mises en œuvre se sont soldées par des échecs ne permet pas, à lui seul, de contester la capacité de travail théorique retenue, comme le soutient le recourant. Le Dr S. \_\_\_\_\_ relève en effet qu'une partie du comportement d'invalidé du recourant doit être associée à une position psychologique d'impuissance et de régression qui ne saurait être assimilée à une maladie (cf. rapport d'expertise p. 15). Il indique rejoindre sur ce point le Dr V. \_\_\_\_\_. Celui-ci estimait que l'échec de ces mesures était principalement lié à la perception subjective qu'a le recourant de sa situation (rapport d'expertise p. 15), laquelle n'est pas déterminante pour l'examen du droit aux prestations de l'assurance-invalidité. En effet, en ce qu'elle prévoit qu'il ne peut y avoir incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable, la seconde phrase de l'art. 7 al. 2 LPGA inscrit dans la loi un principe exprimé de longue date par la jurisprudence quant au caractère objectif de l'appréciation de ce qui peut encore être exigé de la personne assurée pour surmonter les limitations de sa capacité de gain entraînées par son atteinte à la santé. En d'autres termes, pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception

subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 ; TF 9C\_793/2008 du 18 mai 2009 consid. 2.4).

**7. a)** 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). 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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (éditée par l'Office fédéral de la statistique [OFS]) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (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).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, 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).

Selon la jurisprudence, le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux

années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine ; 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

**b)** En l'espèce, l'OAI, qui s'est rallié aux conclusions de l'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ par l'intermédiaire de l'avis du SMR du 20 mars 2017, a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité le 31 mars 2017. Il s'est cependant fondé sur les données statistiques de l'ESS 2011 alors qu'il aurait dû utiliser les nouvelles tables ESS actualisées à l'année 2014 et les indexer à l'année 2015, date de la décision litigieuse et de la modification possible du droit à la rente. Si l'on se réfère à ces données ESS 2014 (TA 1, niveau de compétences 1), le revenu mensuel de référence pour un homme exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) est de 5'312 fr. pour une semaine de 40 heures. Après adaptation de ce salaire à l'horaire hebdomadaire de travail dans les entreprises en Suisse en 2015, c'est-à-dire 41,7 heures, et à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux (+0,4 %), on obtient un revenu annuel de 66'718 fr. 95. Le taux d'abattement de 20 % appliqué par l'OAI afin de tenir compte des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation du recourant paraît tout à fait adéquat et le recourant ne le critique d'ailleurs pas. Le revenu avec invalidité (pour un taux d'occupation de 50 %) se monte en définitive à 26'687 fr. 55. Il ressort des documents au dossier que le dernier salaire annuel effectivement perçu par le recourant s'élevait à 78'000.- en 2004 avant sa période de chômage puis son atteinte à la santé, si bien que son revenu sans invalidité se serait monté à 88'223 fr. 10 en 2015 après indexation (selon l'indice suisse des salaires nominaux). Il en résulte un degré d'invalidité de 69,75 %, qu'il y a lieu d'arrondir à 70 % (cf. ATF 130 V 121).

**c)** En conclusion, si la capacité de travail du recourant s'est améliorée sur le plan somatique depuis les décisions d'octroi de rente des 22 février et 22 mars 2010 (cf. consid. 6a), sa capacité de travail sur le plan psychique est diminuée depuis septembre 2009, si bien que le

recourant présente toujours un degré d'invalidité suffisant pour justifier le maintien du droit à une rente entière d'invalidité. Les conditions d'une révision du droit à la rente ne sont par conséquent pas réalisées.

**8. a)** En conséquence, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée.

**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 de l'OAI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Le recourant voit ses conclusions admises, de sorte qu'il peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimé. Il convient de fixer cette indemnité à 2'800 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA).

**d)** Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, 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 et des indemnités ; 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).

Le recourant dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat, en la personne de Me Kathrin Gruber. Me Gruber a produit le 12 septembre 2016 le relevé des opérations effectuées pour le compte du recourant jusqu'à cette date. Son activité, qui a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, s'élevait à 11 heures et ses débours à 50 francs. Compte tenu du tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]) et de la TVA au taux de 8 %, cela représente un montant total de 2'192 fr. 40 pour l'ensemble de l'activité déployée jusqu'au 12 décembre 2016. Si on y ajoute les opérations effectuées depuis lors (courriers des 14 novembre 2016, 12 mars et 6 avril 2017), il faut constater que l'indemnité d'office reste totalement couverte par les dépens à hauteur de 2'800 francs.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 20 juillet 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à W.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'800 fr. (deux mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Gruber (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 :