

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} septembre 2020

Composition : M. NEU, président
Mme Silva et M. Reinberg, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

D._____, à U._____, recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a al. 2 et 88bis al. 2 let. a RAI

E n f a i t :

A. **a)** Ressortissant de Bosnie-Herzégovine, entré en Suisse en 1997, D._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, a travaillé, dès 2003, comme aide-carreleur au service de P._____ Sàrl, à B._____.

Le 2 août 2005, alors qu'il soulevait un sac dans le cadre de son travail, l'assuré a glissé et a entendu un craquement au niveau de la hanche droite. Le diagnostic de « lombopyalgie droite », à la suite d'un faux mouvement en soulevant un sac de 25 kg, a été posé par le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant.

Le 23 novembre 2005, l'assuré a glissé dans la salle de bain et est tombé sur les fesses, occasionnant une récurrence des douleurs lombaires présentées à la suite de l'accident du 2 août précédent. Le Dr M._____ a établi divers certificats médicaux d'incapacité de travail de 100 %.

En vue de disposer d'une évaluation globale de la situation, le médecin d'arrondissement de l'assurance-accidents a adressé l'assuré à la Clinique S._____ de T._____ où il a séjourné du 1^{er} au 22 février 2006. Dans leur rapport du 3 avril 2006, les médecins de la clinique précitée ont posé les diagnostics primaires de prises en charge physiques et fonctionnelles et les diagnostics secondaires de lombalgie chronique irradiant dans le membre inférieur droit et de protrusion discale L5-S1 postéro-latérale droite au contact de la racine S1 droite. Comme comorbidité, ils ont mentionné un état de stress post-traumatique. L'assuré signalait des douleurs lombaires permanentes, d'intensité variable selon les jours, s'étendant à la totalité du membre inférieur droit, à l'exception des orteils. Il signalait également des douleurs occasionnelles dans le membre inférieur gauche, ainsi qu'une douleur para-vertébrale gauche en coups de couteau. Les médecins ont indiqué que la douleur lombaire

basse droite mécanique était reproductible, mais que son origine était difficile à définir avec précision. Quant à la douleur des membres inférieurs, elle n'avait pas d'origine radiculaire prouvée et pouvait être d'origine référée. Au terme de l'examen neurologique, la confrontation des données électro-cliniques n'amenait pas d'élément en faveur d'une radiculopathie lombo-sacrée irritative ou déficitaire susceptible de rendre compte des plaintes formulées par l'assuré (cf. rapport de l'ENMG du 16 février 2006). Les médecins de la Clinique S. _____ ont été frappés par une dramatisation des troubles, l'intéressé ayant le sentiment d'être atteint d'une affection grave susceptible de le paralyser. Le trouble de stress post-traumatique pouvait entraîner une majoration de la perception douloureuse et du comportement d'invalidé. Une reprise de la profession de carreleur n'était, à ce jour, médicalement pas exigible en raison du caractère reproductible et persistant de la lombalgie. Les médecins de la clinique étaient d'avis que la réintégration professionnelle serait difficile en raison notamment des représentations pessimistes de l'assuré. En ce qui concerne l'état de stress post-traumatique, le Dr K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à la Clinique S. _____, a précisé qu'il était lié aux scènes vécues par l'assuré durant la guerre en ex-Yougoslavie, cet état n'ayant apparemment pas été réactivé de façon significative par les accidents. Il était d'avis que les troubles psychiques à eux seuls ne permettaient pas de retenir une incapacité de travail (cf. rapport du consilium psychiatrique du 6 février 2006).

Le 4 mai 2006, D. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Tout en versant à la procédure le dossier constitué par l'assurance-accidents, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant. Dans son rapport du 11 décembre 2006, ce médecin a posé les diagnostics affectant la capacité de travail d'état de stress post-traumatique ayant induit une modification durable de la personnalité, de lombalgie chronique irradiant dans le membre inférieur droit et de protrusion discale L5-S1 postéro-latérale droite au contact de la racine S1 droite.

Alors que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de carreur, elle était de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues : activité légère, pas de maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, pas de mouvements répétés de flexion/torsion ou extension/torsion du tronc (avis médical du 29 décembre 2006 du Dr L._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité [ci-après : le SMR]).

Dans le cadre d'une mesure d'observation professionnelle, D._____ a débuté un stage auprès de l'Orif de C._____ en date du 26 novembre 2007. Prévu jusqu'au 29 février 2008, il a été prolongé jusqu'au 30 mai 2008. La mesure a été toutefois interrompue le 14 avril 2008, l'assuré étant en incapacité totale de travail dès le 15 avril 2008 (certificat médical du Dr H._____, médecin traitant, du 14 avril 2008).

Sollicité pour détermination, le Dr Z._____, médecin auprès du SMR, a estimé que le rapport médical du Dr H._____ ne contenait aucun élément objectif à l'appui d'une aggravation de l'état de santé de D._____, de sorte que les conclusions du Dr L._____ telles que contenues dans son avis du 29 décembre 2006 demeuraient valables et que, partant, il convenait d'admettre que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à son état de santé (avis médical du 9 juin 2008).

Par décisions des 21 août et 16 octobre 2009, l'office AI a alloué à D._____ un trois quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2006 sur la base d'un degré d'invalidité de 66 %.

b) Dans le cadre de la procédure de révision d'office engagée le 21 juin 2010, l'office AI a, sur la base des renseignements médicaux recueillis (rapports médicaux du 5 septembre 2010 du Dr H._____, du 26 octobre 2010 du Dr V._____ et du 1^{er} février 2011 du Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), mis en œuvre un examen clinique rhumatologique et

psychiatrique au SMR. Dans leur rapport du 29 juin 2011 (examen du 24 mai 2011), les Drs W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle. En revanche, elle était entière dans une profession adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques décrites ; quant au plan psychiatrique, l'état de l'intéressé s'était amélioré, de sorte que la capacité de travail exigible était de 100 % depuis le 26 octobre 2010.

A l'issue d'un stage d'observation professionnelle effectué du 11 novembre au 22 décembre 2011, l'office AI a pris en charge les coûts d'une formation de contrôleur de pièces du 1^{er} février 2012 au 31 mars 2013 (communications des 27 janvier, 27 mars et 27 juillet 2012). Ayant réussi son examen, l'assuré souhaitait travailler à plein temps mais il avait pris la mesure, au fil du temps, des exigences d'une entreprise et avait constaté l'écart entre sa volonté de réussir et ses capacités physiques et psychiques réelles (rapport final de formation du 7 février 2013). Le rapport final de coaching du 17 mai 2013 a pris acte de la fin prématurée du stage en entreprise organisé du 6 novembre 2012 au 31 mars 2013 en raison des limitations physiques et de la fragilité de l'assuré.

Dans un courrier du 3 juin 2013, le Dr V._____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de D._____ depuis le mois de juillet 2012. D'après lui, cette détérioration était imputable aux pressions reçues de la part de sa conseillère AI, qui exigeait une augmentation à 100 % de son taux de présence à la formation suivie. Il en est résulté une perte de confiance en soi, des insomnies, une diminution de la capacité d'énergie et d'investissement, de la tristesse et une angoisse quotidienne à l'idée de se rendre sur son lieu de formation.

En réponse aux questions de l'office AI, le Dr A._____ a notamment indiqué que l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % depuis le 11 mars 2013 dans une activité adaptée, telle que celle de contrôleur de qualité (courrier du 20 juin 2013).

Au vu de ces renseignements, le Dr N._____, médecin auprès du SMR, a préconisé un examen psychiatrique et rhumatologique au SMR afin de faire le point de la situation quant à l'évolution de l'état de santé de l'assuré et ses répercussions sur la capacité de travail (avis médical du 21 juin 2013).

Dans leur rapport du 19 août 2014, les Drs F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et O._____ ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de carreur depuis le 23 novembre 2005. Sur le plan psychiatrique, ils ont recommandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique externe en raison des difficultés manifestées par l'assuré à voir la même psychiatre qu'en 2011 évaluer sa capacité de travail.

Pour ce faire, l'office AI a mandaté le Bureau d'Expertises Q._____, lequel a déposé son rapport en date du 20 mai 2016 sous la signature des Dres G._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Avec effet sur la capacité de travail, les expertes ont posé les diagnostics de syndrome lombaire modéré dans le contexte d'une maladie discale sans signe médullaire ni radiculaire, d'un discret trouble statique rachidien, de dysbalances musculaires (raccourcissements des chaînes postérieures) et de chondropathie fémoro-patellaire sans signe congestif. Elles ont exclu tout diagnostic incapacitant au plan psychique. S'agissant de la capacité de travail, elles ont considéré que, dans l'activité habituelle, elle était nulle depuis 2005 sur le plan somatique alors qu'elle était entière dans une profession correspondant aux aptitudes de l'assuré ; il n'y avait pas de limitation fonctionnelle au plan psychique.

Dans un avis médical du 30 juin 2016, la Dre J._____, médecin auprès du SMR, a précisé que la date de l'exigibilité dans une activité adaptée était le 24 mai 2011, date de l'examen psychiatrique au SMR. Les examens psychiatriques suivants n'avaient pas permis d'objectiver une péjoration dans l'axe psychiatrique, jusqu'au dernier rapport du 20 mai 2016.

Aux fins d'évaluer la capacité de travail de l'assuré et son aptitude à la réadaptation professionnelle, l'office AI a organisé un stage d'observation professionnelle à l'Orif de C. _____ du 10 avril au 12 mai 2017. Au rapport final daté du 31 mai 2017 était annexé le rapport du 12 mai 2017 établi par le Dr E. _____, médecin-conseil auprès de l'Orif. Au terme des quatre semaines de stage, celui-ci y soulignait que l'assuré était inemployable dans l'économie. La problématique psychique était prépondérante, l'intéressé se préoccupant constamment de sa santé. En outre, le Dr E. _____ n'excluait pas la présence d'un probable état de stress post-traumatique, sans toutefois poser de diagnostic formel, cette démarche ne relevant pas de sa compétence.

Le 22 septembre 2017, l'office AI a informé D. _____ qu'il comptait supprimer la rente qui lui était versée depuis 2006, au motif qu'il présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il avait bénéficié de mesures professionnelles et réussi une formation de contrôleur de pièces, activité qui pouvait être considérée comme pleinement adaptée du point de vue médical. La comparaison des revenus avec et sans invalidité - tous deux tirés des statistiques salariales - débouchait sur un degré d'invalidité de 21,07 %.

Représenté par Me Philippe Graf, avocat, l'assuré a présenté des objections à ce projet en date du 25 octobre 2017. Contestant la capacité de travail retenue, il a en substance reproché à l'office AI de ne pas avoir suffisamment expliqué sur quels éléments il se fondait pour retenir une amélioration de sa situation médicale.

Complétant ses objections en date du 7 décembre 2017, D. _____ a produit un rapport du Dr V. _____, daté du 27 novembre 2017. Ce médecin y expliquait que la question traumatique avait toujours tenu une place centrale dans la problématique de son patient et qu'en 1998 déjà, le diagnostic de stress post-traumatique avait été posé. Or, dès décembre 2006, au vu de l'évolution des symptômes et de la persistance

du trouble dans le temps, le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe était apparu comme plus adéquat. Après avoir expliqué en quoi ce diagnostic devait selon lui être maintenu, le Dr V._____ a exposé les motifs l'ayant conduit à rejeter le diagnostic de dysthymie au profit de celui de trouble dépressif récurrent d'intensité actuelle moyenne. A cet égard, il a souligné que l'assuré présentait un abaissement significatif de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir dans les activités qu'il appréciait auparavant, une perte d'énergie et une importante fatigabilité. Il présentait également une diminution de l'attention et de la concentration, une perte de l'estime de soi, une perte de confiance face à l'avenir, une perturbation du sommeil, un isolement social et un ralentissement psychique. D'après le Dr V._____, en dépit des efforts déployés par l'assuré pour remédier autant que possible aux limitations dont il souffrait, sa symptomatologie psychique portait une atteinte significative à sa capacité à remplir ses obligations quotidiennes, sociales et parentales. Estimant que le Dr V._____ remettait très sérieusement en cause le volet psychiatrique de l'expertise confiée au Bureau d'Expertises Q._____, l'assuré a derechef contesté la suppression de la rente qui lui était servie.

Par avis médical du 16 janvier 2018, la Dre J._____ a considéré que, dans son rapport du 27 novembre 2017, le Dr V._____ ne faisait que livrer son appréciation de l'expertise du Bureau d'Expertises Q._____ sans apporter d'éléments nouveaux, si bien qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de son avis du 30 juin 2016.

Par décision du 5 octobre 2018, l'office AI a entériné la suppression de la rente d'invalidité servie à l'assuré, dès lors que le degré d'invalidité - fixé à 22,36 % - ne permettait plus le maintien de cette prestation.

B. **a)** Par acte du 5 novembre 2018, D._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 5 octobre 2018 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office

Al afin qu'il reprenne le versement de la rente d'invalidité en sa faveur. A titre subsidiaire, l'assuré a conclu, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et, au fond, à l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'office AI pour nouvelle décision tenant compte des conclusions de l'expertise psychiatrique ; plus subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction. Se prévalant d'une aggravation de son état de santé sur le plan psychique, l'assuré a, pour l'essentiel, exposé en quoi, selon lui, l'expertise de la Dre R. _____ ne revêtait pas une valeur probante suffisante, de sorte que l'office AI aurait dû, soit procéder à un complément d'expertise psychiatrique, soit confier une nouvelle expertise à un autre spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. En ne l'ayant pas fait, l'instruction de son cas s'avérait incomplète.

b) Dans sa réponse du 7 janvier 2019, l'office AI a conclu au rejet du recours en soulignant plus particulièrement que, selon l'avis de la Dre J. _____ du 16 janvier 2018, le Dr V. _____ n'avait pas apporté d'élément nouveau s'agissant de la situation médicale de l'assuré.

c) En réplique du 30 janvier 2019, D. _____ a produit un rapport d'expertise psychiatrique du 10 décembre 2018 sous la signature de la Dre I. _____, médecin associée au Département de psychiatrie de l'Hôpital X. _____. Cette médecin y posait les diagnostics incapacitants de trouble stress post-traumatique et de trouble dépressif moyen récurrent. S'agissant de la capacité de travail, elle a estimé que l'intéressé pourrait tout au plus travailler dans une activité occupationnelle exempte de stress et de relations interpersonnelles à un taux de 30 à 40 %. L'assuré a déclaré qu'il maintenait ses conclusions.

d) A sa duplique du 21 février 2019, l'office AI a joint l'avis de la Dre J. _____ du 15 février 2019 se prononçant sur l'expertise de la Dre I. _____. Elle y relevait que le status était superposable à celui ressortant de la première expertise, ajoutant que la Dre I. _____ n'avait pas amené

d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte dans les précédentes appréciations médicales. L'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

e) S'exprimant par pli du 30 avril 2019, l'assuré a contesté l'analyse de la Dre J._____, estimant que son caractère lapidaire lui ôtait toute valeur probante. Il a indiqué qu'il persistait intégralement dans les conclusions prises dans son mémoire de recours.

C. Le 3 juin 2019, le magistrat instructeur a confié à la Dre Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de D._____. Se fondant sur ses propres examens cliniques et contacts téléphoniques avec les médecins consultés ainsi que sur l'analyse du dossier médical constitué, l'experte a rendu son rapport le 16 mars 2020. Celui-ci résume les pièces médicales et administratives versées au dossier, procède à une anamnèse personnelle, psychosociale et professionnelle, relate l'évolution des troubles somatiques et psychopathologiques de l'assuré, décrit sa vie quotidienne et sociale, rapporte ses plaintes et rend compte du status clinique. L'experte a retenu, sur la base de son analyse, les diagnostics (CIM-10) suivants ayant « une répercussion sur la capacité de travail » :

Etat de stress post-traumatique (F43.1)

Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0)

Trouble dépressif moyen récurrent (F33.1)

Syndrome douloureux somatoforme persistant en rémission actuellement (F45.4)

S'agissant de la capacité de travail, la Dre Y._____ a expliqué que, depuis le 2 août 2005, date de son accident ayant réactivé l'état de stress-post-traumatique de manière majeure, l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 100 % dans toute activité du système économique standard exigeant une employabilité et une rentabilité raisonnable. Les courtes périodes durant lesquelles il s'était investi à 50 % dans un stage ou une activité de réinsertion professionnelle n'avaient permis aucune réadaptation professionnelle et avaient péjoré la

symptomatologie. Tout au plus, l'assuré pourrait-il effectuer une activité de type occupationnel de quelques heures par jour, sans aucune pression de rentabilité.

Le 11 mai 2020, l'office AI a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, en contestant la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du 16 mars 2020. A cet égard, il a produit un avis SMR du 4 mai 2020 de la Dre J._____, auquel il s'est référé et qui se concluait en ces termes :

« Cette expertise s'appuie essentiellement sur les dires de l'assuré, l'expert laissant l'assuré abondamment s'exprimer sur ses souvenirs de guerre et les difficultés (que nous ne nions pas) que ce vécu a engendrés. Par contre, il est regrettable que l'expert ne fasse pas le même effort pour chercher les éléments qui ont permis à l'assuré de surmonter ses difficultés : la recherche des ressources n'est pas présente tout comme leur analyse. En effet, en filigrane, on comprend que l'assuré peut compter sur le soutien de ses enfants, il a du plaisir dans le jardinage, activité qu'il fait régulièrement ; sans chercher les contacts sociaux, il va boire un café avec des amis si l'occasion se présente, côtoie certains voisins de jardin. De plus, dans les observations cliniques, l'expert n'observe pas de troubles mnésiques (ce que le recueil anamnestique très complet de l'enfance de l'assuré confirme), ni de trouble de l'attention ou de la concentration, il n'y a pas de fatigabilité observée, l'expression et la compréhension du français est bonne, l'intelligence est dans la norme.

Au final, tout comme l'expertise I._____ du 10.12.2018, il n'y a pas d'éléments nouveaux qui n'aient déjà été pris en compte dans les précédentes évaluations. L'expertise ne répond pas aux exigences qualités définies par le TF, l'expert n'administre pas les preuves selon la grille définie par le TF ; les limitations fonctionnelles évoquées par l'expert ne semblent pas s'appliquer dans tous les aspects de la vie. »

Dans ses déterminations du 18 mai 2020, l'assuré a fait siennes les conclusions de l'experte Y._____, en relevant que son rapport satisfaisait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. En complément, il a ajouté qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte de l'avis du SMR du 4 mai 2020, dès lors qu'il n'émanait pas d'un médecin psychiatre (courrier du 25 mai 2020).

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la suppression, par voie de révision (art. 17 LPGA), du trois quarts de rente servie au recourant depuis le 1^{er} novembre 2006.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être

exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) En vertu de l'art. 17 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, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a). 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 (ATF 112 V 371 consid. 2b, 387 consid. 1b). 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 reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

d) Aux termes 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, 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 soit à craindre. L'art. 88a al. 2 RAI prévoit notamment que si l'incapacité de gain s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, le droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Cette disposition fixe le moment à partir duquel une modification de l'invalidité d'un bénéficiaire de rente est réputée suffisamment durable pour déployer ses effets sur le droit aux prestations. Le délai de trois mois qui y est prévu s'applique non seulement dans le cadre d'une modification du droit à une rente précédemment allouée à l'occasion d'une procédure de révision (art. 17 LPGA), mais également lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (ATF 125 V 413 consid. 2d).

Selon l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure 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 exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_453/2017 et 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

c) En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle

expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. a) En juin 2010, l'office AI a engagé une procédure de révision d'office de la rente d'invalidité de trois quarts allouée au recourant depuis le 1^{er} novembre 2006 (cf. décisions des 21 août et 16 octobre 2009). Entre autres mesures d'instruction, il a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR, qui a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle. En revanche, dite capacité était entière dans une profession adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques retenues et il n'y avait par ailleurs pas de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante (rapport du 29 juin 2011). Une aggravation de l'état de santé psychique ayant par la suite été attestée par le Dr V._____, l'office AI a mandaté le Bureau d'Expertises Q._____ aux fins de réaliser une expertise rhumatologique et psychiatrique du recourant. Ayant exclu tout diagnostic incapacitant au plan psychique, les expertes ont considéré, sur le plan somatique, que si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis 2005, elle était entière dans une profession correspondant aux aptitudes de l'intéressé (rapport du 20 mai 2016 des Dres G._____, rhumatologue et R._____, psychiatre). Sur la base des documents médicaux recueillis, l'office AI a, par sa décision du 5 octobre 2018, supprimé la prestation servie au recourant, au motif que ce dernier présentait une capacité de travail entière dans une activité

adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité légère à moyenne, semi-sédentaire, permettant des alternances de position et excluant le port régulier de charges de 5 à 8 kilos et le port occasionnel de charges de 15 kilos). Se prévalant d'une aggravation de son état de santé au plan psychique, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail qui permettrait de réintégrer à plein temps le circuit économique normal. Il convient dès lors d'examiner si, par sa décision du 5 octobre 2018, l'office AI était fondé à supprimer la rente servie dès le 1^{er} décembre 2018, au motif que le recourant bénéficie d'une capacité de travail entière dans toute activité adaptée.

b) Dans le cadre du mandat d'expertise judiciaire, la Dre Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, s'est entretenue à cinq reprises avec le recourant et a posé les diagnostics avec influence sur la capacité de travail d'état de stress post-traumatique (F43.1), de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), de trouble dépressif moyen récurrent (F33.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant en rémission actuellement (F45.4). Dans son appréciation globale de la situation, l'experte judiciaire a notamment émis les considérations suivantes (rapport d'expertise psychiatrique du 16 mars 2020 p. 26 ss) :

« Au terme de mon investigation, je retiens chez l'expertisé les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, de trouble dépressif moyen récurrent, et de syndrome douloureux somatoforme persistant en rémission actuellement.

L'état de stress post-traumatique (ESPT) constitue, selon la CIM-10, une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée) exceptionnellement menaçant ou catastrophique, et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable d'anesthésie psychique et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Ces symptômes sont habituellement accompagnés d'une hyperréactivité neurovégétative, avec hypervigilance, un état de qui-vive et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou

une idéation suicidaire. Son évolution est fluctuante, elle se fait vers la guérison dans la plupart des cas, mais peut aussi présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et conduire à une modification durable de la personnalité.

Le tableau clinique présenté par M. D. _____ est typique de ce trouble. Comme décrit dans l'anamnèse, il a été exposé durant plusieurs années à une extrême violence en lien avec la guerre. Il se plaint encore aujourd'hui de souvenirs envahissants, de cauchemars récurrents, il présente cette anesthésie psychique et l'émoussement émotionnel caractéristiques, le détachement par rapport à autrui et à l'environnement, l'anhédonie, l'évitement des activités réveillant le souvenir du traumatisme, comme sa volonté d'éviter toute discussion avec des compatriotes. On note encore sur le plan clinique des symptômes dissociatifs typiques quand l'expertisé raconte son vécu traumatique : il parle au présent, est complètement absorbé comme s'il revivait les événements, il est par moments perplexe, puis angoissé, agité, au point de devoir arrêter l'entretien et quitter la pièce. C'est dans ces moments qu'on observe ce qui a été décrit neurologiquement comme l'échec de l'inhibition corticolimbique (zone cérébrale jouant un rôle crucial dans la modulation de l'éveil et dans la régulation de l'émotion) avec l'hyperréactivité neurovégétative et l'état de qui-vive. Il est de ce fait surprenant que l'experte R. _____ estimait dans son appréciation clinique que l'expertisé ne présentait pas de flash-backs, d'émoussement psychique, d'état de qui-vive ou d'attaques de panique. Mon hypothèse à ce sujet réside dans le fait que ces dernières années, les manifestations aiguës de l'état de stress post-traumatique apparaissent essentiellement chez M. D. _____ à l'évocation anamnétique de son vécu durant la guerre, quand on le laisse raconter son histoire et se replonger dans le trauma. Au quotidien, grâce à l'évitement psychique de tout ce qui peut le confronter à nouveau aux souvenirs aigus du trauma, on observe plutôt l'anesthésie psychique, le détachement et l'isolement.

Les premières manifestations de ce trouble sont survenues très probablement durant la période d'hospitalisation de 1991, suite à la chute de Vukovar. Je n'ai pas de rapport médical étayant formellement cette hypothèse, qui se base donc sur les propos de l'expertisé. Mais la symptomatologie qu'il rapporte de cette période va dans le sens d'une manifestation aiguë d'un état de stress pathologique. Par la suite, M. D. _____ a pu recompenser son trouble dans une optique de lutte pour sa survie, que ce soit durant la suite de la guerre, à Srebrenica, puis quand il est arrivé en Suisse, pour apprendre le français, un métier et préserver sa survie comme celle de sa famille. L'accident banal lié à la glissade avec le sac de colle et le craquement dans le dos, a décompensé le trouble psychique dans l'après-coup, de manière là aussi typique. On observe effectivement des tableaux cliniques d'ESPT où durant une période qui peut durer des années, les sujets exposés à un grave trauma peuvent vivre une sorte de congélation des affects, présenter des ressources adaptatives, qui paraissent solides dans une optique de survie, et qui permettent de recouvrir tout ou partiellement les symptômes, puis décompenser leur pathologie dans l'après-coup, suite à un événement banal, insignifiant. J'en réfère à la description de tableau clinique défini dans le DSM-V par la spécificité à *expression retardée*, ou à l'article de Andrews et al. cité

en bas de page. M. D. _____ a survécu à la guerre sans la moindre blessure physique, alors qu'il a assisté au délabrement physique de nombreux autres. Le ressenti subjectif de ce craquement dans le dos en 2005 a pris la forme d'une grave blessure de guerre, comme un obus qui aurait explosé dans son corps et qui, comme il le dit, « a achevé sa vie ».

Je m'étonne des arguments de la Dre O. _____ limitant l'impact du vécu traumatique de M. D. _____ en lien avec son expérience de guerre, à un éprouvé subjectif, en exposant qu'il « n'a pas été victime de crimes de guerre, d'emprisonnement, torture, ni d'accident grave qui aurait mis sa vie en danger. Il a vécu la même situation que tous ses camarades d'armes ». En effet, la définition de l'état de stress post-traumatique ne spécifie pas la nature de ce qui est traumatique, mais d'un événement qui provoquerait des symptômes de détresse chez la plupart des individus. Or, de nombreux témoignages de cette guerre permettent d'en définir le côté exceptionnellement menaçant et tragique, et les récits de M. D. _____ relatent des événements vécus malheureusement parfaitement assimilables à des crimes de guerre. La psychiatre évoque la situation de ses camarades d'armes comme s'ils s'en étaient tous sortis sans éprouver de troubles secondaires à la dimension traumatique de ces événements. Certes, M. D. _____ n'était pas seul à vivre cette guerre, mais on ne sait précisément pas comment ses camarades d'armes ont évolué, et on ne peut de ce fait pas inférer qu'ils présentent ou ne présentent pas, eux aussi, un ESPT.

L'ESPT de l'expertisé s'est enkysté au point d'amener à une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Ce trouble est défini par la CIM-10 comme une modification durable de la personnalité faisant suite à l'exposition à un facteur de stress catastrophique, notamment l'exposition prolongée à des situations représentant un danger vital, comme cela a été le cas chez M. D. _____. Il est stipulé qu'un état de stress post-traumatique peut précéder ce type de modification de la personnalité ; dans ce cas, la modification de la personnalité peut être considérée comme une séquelle chronique et *irréversible* de ce trouble (page 187 de la CIM-10). Cette description entre en contradiction avec le diagnostic posé par la Dre O. _____ du SMR en 2011, qui retenait une modification durable de la personnalité, *en rémission*. En effet, selon la CIM-10, s'il y a modification de la personnalité, ce trouble va perdurer durant toute la vie du sujet ; le diagnostic de la Dre O. _____ est ainsi non conforme à ce qui est ainsi communément admis concernant ce trouble.

Ce trouble est caractérisé par des aspects de personnalité rigides et inadaptés, à l'origine d'une dégradation du fonctionnement interpersonnel, social et professionnel, notée par autrui, et se basant par exemple sur une attitude hostile et méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de perte d'espoir, le sentiment d'être constamment menacé, et un détachement. On retrouve tous ces critères chez l'intéressé. Il est méfiant et interprétatif, au point par exemple d'interpréter les compliments de son orthopédiste quant à son fils comme malveillants. Il fait peu confiance en ceux qui peuvent l'aider, en témoignent ses changements répétés d'avocat, il vit en retrait de la société, se sent

vide et inutile, il vit les propositions de l'AI comme malveillantes et menaçant son intégrité ; il catégorise les intervenants dans sa situation professionnelle comme avec lui ou contre lui, sans aucune nuance.

Enfin, comme comorbidité psychiatrique fréquemment associée à l'ESPT, je retiens le diagnostic de trouble dépressif caractérisé. A l'instar de ce qui est décrit par son psychiatre et la Dre I._____, M. D._____ présente une thymie abaissée, une anhédonie, une aboulie, des troubles du sommeil, des troubles de l'appétit, un manque de réactivité émotionnelle, une mauvaise estime de soi, une attitude pessimiste face à l'avenir, une fatigabilité, des sentiments de dévalorisation, de culpabilité, un isolement social, des difficultés à focaliser son attention sur autre chose que son vécu, et enfin des pulsions de mort récurrentes l'amenant à devoir lutter contre des intentions suicidaires. Cette dépression est devenue chronique depuis de nombreuses années et représente une des conséquences directes de son état de stress post-traumatique. Pour attester du caractère chronique de ce trouble, je confirme le diagnostic de trouble dépressif récurrent qui a évolué vers une dépression persistante, de sévérité moyenne.

Il est étonnant que la Dre O._____ en 2011, n'ait pas retenu le diagnostic de dépression compte tenu de ses observations cliniques, dans la mesure où elle évoquait, dans ses conclusions, que l'état de l'expertisé « s'améliore progressivement » sans décrire ou retenir le diagnostic d'une pathologie susceptible de s'améliorer. L'experte R._____ a retenu quant à elle un diagnostic de dysthymie, applicable à des sujets dont l'humeur est chroniquement déprimée, mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent, même léger. Ce diagnostic présuppose que le sujet reste habituellement capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. Je m'étonne aussi de cette appréciation, compte tenu de limitations sociales importantes de l'expertisé. Une hypothèse pourrait résider dans le fait qu'il y a vraisemblablement eu des malentendus entre l'experte et M. D._____. On note dans ce sens qu'en page 61 de son rapport, la Dre R._____ écrivait au sujet de l'expertisé qu'il « assist[ait] régulièrement aux matchs de football de son fils et se rend[ait] aux fêtes de sa communauté », ce que M. D._____ dément avec vigueur. L'experte évoquait néanmoins dans une note en bas de page que l'intimé avait dit à l'experte rhumatologue n'avoir plus aucun contact ni vie sociale, sans analyse ou questionnement de cette différence notable du discours. Il est regrettable qu'elle n'ait pas repris contact avec M. D._____ pour clarifier ce point, l'isolement social étant une caractéristique de la dépression, mais pas de la dysthymie.

De plus, il est difficile de comprendre pourquoi la Dre R._____ ne retient que cet unique diagnostic de dysthymie, selon elle apparu en 2014 (page 65). Elle n'explique pas pourquoi cette pathologie serait apparue à ce moment-là, ni s'il y avait un diagnostic antérieur à 2014 ; notamment elle ne dit rien des diagnostics retenus par les médecins traitants de l'expertisé. Il est par ailleurs surprenant qu'elle ne discute pas du fait que l'OAI ait reconnu une incapacité de travail partielle chez l'intéressé, en raison de ses troubles psychiques, puisqu'elle-même ne lui reconnaît aucune incapacité de

travail à aucun moment de son parcours professionnel. Son rapport a conduit le SMR à définir une capacité de travail recouvrée depuis le 24 mai 2011, sans pour autant expliquer ce qui a déterminé cette date, notamment ce qui a changé dans l'état de santé de l'expertisé pour qu'il recouvre sa capacité de travail à ce moment précis.

Je retiens finalement un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, en rémission actuellement, en raison du fait que M. D._____ ne se plaint plus d'une douleur intense et persistante, nécessaire au diagnostic selon la CIM-10. Toutefois, comme l'ont évoqué plusieurs médecins dès 2005, il y a toujours eu une importante discrédance entre la nature physiopathologique des lésions somatiques et l'intensité des douleurs et limitations fonctionnelles ressenties par l'expertisé. La définition des troubles somatoformes expose que s'il y a présence d'un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Par ailleurs, il est stipulé que même quand la survenue et la persistance des symptômes sont étroitement liées à des événements désagréables ou à des difficultés et des conflits, et même quand il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes, le patient s'oppose habituellement à toute hypothèse supposant l'implication de facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes. La problématique de M. D._____ entraine typiquement dans cette définition, y compris dans le fait d'avoir beaucoup lutté durant les premières années d'apparition de ses douleurs, pour qu'elles soient mises sur le compte de son problème dorsal, s'accrochant à une étiologie physique plutôt que psychique. Les manifestations de ce trouble actuellement se sont apaisées, probablement en raison du fait que M. D._____ reconnaît ses souffrances psychiques, limitant la dimension psychogène et histrionique de la douleur. Toutefois, s'il devait à nouveau se retrouver dans une situation professionnelle stressante, les douleurs retrouveraient très vraisemblablement leur caractère intense et invalidant, comme cela a été le cas à chaque tentative de réinsertion professionnelle.

Depuis son arrivée en Suisse, M. D._____ est suivi sur le plan psychiatrique et psychothérapeutique. D'abord par A.A._____, puis par le Dr V._____, spécialisé dans les questions migratoires. L'expertisé s'est toujours montré preneur de son suivi, investi dans sa thérapie, ne manquant pas ses rendez-vous. Son psychiatre travaille depuis des années sur ses troubles, et semble avoir atteint les limites de ce qu'il peut élaborer avec son patient concernant le traumatisme. Certains symptômes ont pu être apaisés notamment les flash backs, l'état d'hyper-vigilance et de qui-vive qui ne se manifestent plus que quand M. D._____ se replonge dans le récit ou les images de la guerre, mais d'autres symptômes se sont figés, enkystés et vont certainement perdurer, comme la dépression, ou comme la rigidité de son fonctionnement de personnalité. Sur le plan médicamenteux, plusieurs traitements anti-dépresseurs ont été tentés, sans succès. Le seul qui apaise quelque peu la symptomatologie est le Cymbalta® (duloxétine) actuellement prescrit. En 2016, pour les besoins de son expertise, la Dre R._____ avait effectué un dosage de son anti-dépresseur, à l'époque l'escitalopram. Elle évoquait alors dans son rapport que le taux sérique d'escitalopram était faible pour la dose, suggérant une

compliance partielle et/ou un métabolisme rapide, selon les conclusions du laboratoire. Pourtant, dans les réponses aux questions en page 69, l'experte concluait que la compliance médicamenteuse de M. D. _____ était partielle, ce qui pouvait expliquer la persistance des symptômes, donnant alors le message que l'intimé ne se donnait pas tous les moyens sur le plan médicamenteux pour évoluer favorablement. Pour des raisons inexpliquées, elle a omis l'autre hypothèse à savoir que l'expertisé pouvait être un métabolisateur rapide de la molécule. On peut s'étonner de ce parti pris, alors qu'elle n'a fait aucune investigation pour écarter scientifiquement l'hypothèse d'un métabolisme rapide, hypothèse pourtant également évoquée par le psychopharmacologue.

Pour cette évaluation expertale, j'ai demandé un dosage de la duloxétine. Le résultat est dans la fourchette thérapeutique, mais dans les limites inférieures, alors que la dose prescrite est relativement élevée (90 mg/j). Les hypothèses restent les mêmes, soit l'expertisé métabolise trop rapidement la molécule, soit la compliance est partielle. J'ai décidé de ne pas investiguer plus avant la piste du métabolisme rapide pour faire la part des choses, en raison du fait que le taux sérique est dans les valeurs efficaces, indiquant que la compliance est en tout cas suffisante pour que le traitement puisse faire effet. J'estime donc que les soins prodigués à M. D. _____ sont tout à fait adéquats, tant sur le plan psychothérapeutique que médicamenteux, même s'ils n'apportent pas tous les effets espérés en termes de guérison.

Le tableau clinique mis en évidence dans le cadre de cette expertise est cohérent avec les observations et les conclusions du Dr V. _____, psychiatre traitant, et de la Dre I. _____, experte, que ce soit sur les pathologies de l'expertisé ou sur sa capacité de travail. Le Dr V. _____ évoquait dans ses rapports à l'attention de l'OAI, une amélioration de la symptomatologie de son patient en 2010, amélioration que ce dernier peinait à reconnaître. On peut envisager que le fait d'avoir limité à cette période les contacts et activités réactivant le traumatisme (à cette époque, M. D. _____ a cessé son activité de soutien aux survivants de Srebrenica), a pu apaiser les symptômes aigus de l'ESPT, mais participer à enkyster la pathologie dans l'évitement, l'isolement et la dépression. Cette amélioration apparente ne constituait donc pas un facteur de bon pronostic pour un recouvrement de la santé psychique de l'expertisé, et de sa capacité de travail.

La Dre R. _____ estimait dans son expertise que le pronostic était mauvais quant à la reprise d'une activité professionnelle, ce qu'elle mettait en lien avec la démotivation de l'expertisé et l'échec des mesures de réadaptation professionnelle, estimant qu'il s'agissait là de facteurs sortant du champ médical, sans pour autant expliciter la nature de la démotivation de l'expertisé. J'abonde dans l'idée que le pronostic est mauvais, mais pour des raisons médicales en lien avec les pathologies psychiatriques de l'intéressé. En effet, M. D. _____ présente des limitations fonctionnelles en lien avec ses pathologies qui sont les suivantes : une importante fatigabilité, des douleurs psychogènes, de faibles capacités d'attention et de concentration, des interférences cognitives (l'expertisé étant constamment envahi par la perception de ses douleurs ou de son vécu de guerre), une

perte d'énergie, la rigidité qu'il montre dans son fonctionnement et dans ses relations interpersonnelles, sa méfiance, son interprétativité, son irritabilité, ses réactions caractérielles, son inadaptabilité à ce qui le stresse ou le contraint de trop.

Au vu de ce qui précède, j'estime sa capacité de travail comme nulle dans le système économique normal. A mon sens, le début de cette incapacité de travail se situe au moment où l'ESPT a été réactivé par la glissade de l'expertisé, le 2 août 2005. Depuis lors, l'expertisé a présenté des périodes où il a été capable de s'investir à 50 % dans une activité professionnelle visant à sa réinsertion, mais de manière très temporaire, s'épuisant rapidement, avec de nouvelles recrudescences de symptômes entravant tout processus réhabilitatif.

Tout au plus pourrait-il aujourd'hui effectuer une activité de type occupationnel de quelques heures par jour, sans aucune pression de rentabilité, susceptible d'amener un effet un peu positif au mal-être général de l'expertisé. »

c) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées de l'experte Y._____, dont le rapport d'expertise judiciaire du 16 mars 2020 remplit à l'évidence les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 4b supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse particulièrement approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes et minutieuses, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués par l'experte Y._____ sur la capacité de travail du recourant emportent la conviction ; elles se fondent sur une grille d'indicateurs pertinents, conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. consid. 5 supra). Ce rapport procède d'une appréciation claire de la situation par une spécialiste confirmée et de conclusions minutieusement motivées et exemptes de contradictions. Il répond en outre clairement à l'avis divergent des Dres O._____ et R._____. Ces conclusions seront donc suivies.

d) Au demeurant, l'intimé ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise psychiatrique de mars 2020, ni ne produit de rapports médicaux émanant de spécialistes et suffisamment pertinents pour en remettre en cause la valeur probante ou le bien-fondé. Il oppose en effet

uniquement l'avis du 4 mai 2020 de son médecin-conseil, la Dre J._____, du SMR. Or ce médecin, dont on ignore la spécialité, livre une évaluation distincte paraissant procéder d'une simple appréciation divergente d'un état de fait clairement posé sur le plan médical, mais sans avoir effectué d'examen clinique, ni établi son rapport lege artis, spéculant sur les tenants du cas d'un assuré gravement affecté au plan psychique.

e) Des conclusions du rapport d'expertise judiciaire de la Dre Y._____, il ressort donc qu'en raison d'un état de stress post-traumatique, d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, d'un trouble dépressif moyen récurrent et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant en rémission, l'assuré présente, depuis le 2 août 2005, une capacité de travail nulle dans toute activité. Un traitement est certes jugé utile, mais sans toutefois permettre à l'intéressé de recouvrer sa santé psychique, ni de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit. C'est donc à tort que l'office AI a retenu que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré entre les décisions des 21 août et 16 octobre 2009 et la décision litigieuse, cet état s'étant, en réalité, péjoré et excluant toute capacité résiduelle de travail. Dans la mesure où le taux d'incapacité de travail se confond ici avec le taux d'invalidité, ce résultat fondait le droit à une rente entière d'invalidité.

f) Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir que l'office intimé, par la décision litigieuse du 5 octobre 2018, n'était pas fondé à procéder à la suppression avec effet au 30 novembre 2018 (art. 88bis al. 2 let. a RAI) de la rente d'invalidité de trois quarts servie au recourant depuis le 1^{er} novembre 2006, faute d'amélioration de son état de santé.

7. En définitive, le recours doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision entreprise.

8. Représenté par un mandataire professionnel, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter, compte tenu de l'ampleur de la procédure, à 2'000 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), lequel, débouté, supportera les frais de la cause fixés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 5 octobre 2018 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 D. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Graf, avocat (pour D. _____),
- 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).

Le greffier :