

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 août 2011

Présidence de M. NEU
Juges : M. Jomini et Mme Thalmann
Greffière: Mme Favre

Cause pendante entre :

D._____, à Villeneuve, recourant, représenté par Me Roberto Izzo, avocat
à Lausanne,

et

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

**Art. 4 al. 1, art 28 LAI; art. 6, art. 7 al. 1, art. 8 al.1, art 16, art. 17
LPGA**

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1949, marié, père de deux enfants aujourd'hui majeurs, a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Il a indiqué avoir été victime d'un accident de travail le 14 août 1990, lors duquel il a chuté d'un talus et est tombé en arrière (déclaration du 23 février 1995).

Dans un rapport du 20 décembre 1994, le Dr J. _____, médecin traitant de l'assuré, a attesté une incapacité de travail à 50% dans l'activité de concierge dès le 18 octobre 1993. Il expliquait que l'intéressé, depuis sa chute, était un homme cassé; il avait remis son entreprise de maçonnerie et travaillait comme concierge dans un club de tennis à Villeneuve à 50%, au prix de gros efforts. Ce médecin était pessimiste sur l'évolution de l'état de santé de son patient et doutait qu'un recyclage fût possible, précisant que l'assuré lui avait déclaré que c'était impensable.

Les 20 décembre 1994 et 9 février 1995, l'assuré a été examiné par les médecins du Centre pluridisciplinaire de la douleur du CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois). Dans leur rapport du 9 mars 1995, les Drs K. _____, médecin associé, et Q. _____, médecin assistante, ont posé les diagnostics de fibromyalgie, de personnalité à traits paranoïaques, ainsi que de syndrome d'apnée du sommeil. Ils expliquaient que depuis l'accident du mois d'août 1990, l'assuré se plaignait de douleurs et de paresthésies constantes dans tout le corps; ils précisaient toutefois que le bilan somatique effectué n'avait pas mis en évidence de pathologie spécifique, excepté un syndrome d'apnée du sommeil pour lequel il avait été mis au bénéfice d'un CPAP. Le status avait révélé une polyinsertionnisme des quatre membres, des troubles sensitifs subjectifs, mais aucun syndrome cervical ou lombovertébral. Sur le plan psychique, l'assuré avait fait l'objet d'un consilium psychiatrique qui avait conclu à des somatisations chez une personnalité à traits paranoïaques,

ayant une capacité d'introspection limitée et utilisant son corps comme voix d'expression.

Dans leur consilium psychiatrique du 24 février 1995, les Drs W._____, chef de clinique et S._____, médecin assistant, ont indiqué ceci:

"De constitution pycnique, ce patient semble figé dans une attitude antalgique. Il reste assis, prostré dans son siège et exprime de manière quasi monotone une longue succession de plaintes somatiques. Discours-fleuve plaintif qui occupe tout l'espace relationnel et que l'on doit interrompre de manière directive. Dans son discours, le patient peut se montrer parfois démonstratif, collant et oppositionnel montrant une agressivité marquée à l'encontre du milieu médical et tout particulièrement à l'encontre de son médecin traitant face à qui il semble prendre une attitude hautaine. Sans troubles de la conscience, de l'orientation ou de la mémoire, il présente des idées strictement fixées sur ses douleurs et ses malaises induisant une atmosphère de délire hypochondriaque. A la description de ses symptômes, il est parfois difficile de faire la distinction entre hallucinations cénesthésiques et troubles paresthésiques réels. L'humeur apparaît plaintive, inquiète et laisse paraître un sentiment d'insuffisance alternant avec un sentiment de toute-puissance sur fond d'une certaine monotonie affective. On décèle un trouble certain du tonus vital avec adynamie qui semble être amélioré le matin et s'aggraver dès que le patient se lève et se met en mouvement. Les tests psychologiques démontrent un état sub-déliquant de persécution monoïdérique. Le Rorschach et le T.A.T. révèlent un esprit méfiant, soupçonneux et rigide, le tout dans un climat de persécution semblant orienter le diagnostic vers un sub-délire paranoïaque à forme hypochondriaque.

Impression diagnostique:

Somatisations chez une personnalité à traits paranoïaques.

Discussion:

M. D._____ souffre depuis 1990 de douleurs chroniques et de malaises très invalidants. Ceux-ci sont apparus à la suite d'une chute banale qui ne peut être reconnue comme cause unique des

problèmes du patient. La personnalité du patient semble d'emblée orienter la problématique dans une dimension psychologique. L'apparition de la symptomatologie est apparue dans une période très proche de l'apparition de symptômes identiques chez le père du patient. La femme du patient a aussi fait deux dépressions durant cette période, tout comme la mère du patient. Il semble ainsi apparaître un schéma transgénérationnel sous forme d'une sorte de compétition entre le fils cadet et son père, compétition dont l'enjeu semble peu à peu s'éloigner de la réalité. Le patient a sans doute mal vécu l'invalidité progressive du son père. M. D._____ ayant une capacité d'introspection limitée et utilisant le corps comme voie d'expression préférentielle a, au travers de sa personnalité à traits paranoïaques, probablement élaboré un sub-délire paranoïaque hypochondriaque. Les tests psychologiques semblent du reste confirmer cette hypothèse. Dans ce contexte, l'agressivité qu'exprime le patient vis-à-vis du milieu médical devient plus compréhensible, tout comme sa quête quasi désespérée de la cause primordiale de tout son mal-être. Forts de ces constatations, nous proposons d'introduire une médication neuroleptique légère type Mellerit 2x30 mg/jour, ainsi que la poursuite d'une demande de rente à l'assurance-invalidité."

Dans une déclaration du 28 juin 1995, la société [...], à Villeneuve, a indiqué que l'assuré était employé comme concierge à 50% depuis le 1^{er} janvier 1994 pour un salaire mensuel brut de 2'100 fr.

Le 5 septembre 1995, l'assuré a toutefois informé l'Office AI, qu'il devait cesser son activité auprès de la société précitée dès le 10 septembre 1995, ajoutant que dès le 1^{er} janvier 1996, le contrat de conciergerie serait repris par la société [...] — actuellement en liquidation — dont il était administrateur.

Le 5 octobre 1995, le Dr J._____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Il posait les diagnostics de polyinsertionnisme, de personnalité à traits paranoïaques, de status après uvulopharyngoplastie pour un problème d'apnée du sommeil, ainsi que

d'inadaptation à l'effort. Il attestait une incapacité de travail à 80% dans l'activité habituelle de l'assuré.

Fondé sur ces éléments, l'Office AI a, par décision du 12 août 1996, octroyé le droit à une rente entière à l'assuré dès le 1^{er} octobre 1994, en raison d'un degré d'invalidité de 80%.

B. Par la suite, deux procédures de révision, initiées en 1997 et 2000, ont abouti au maintien du droit à la rente, le médecin traitant ayant attesté un état stationnaire (cf. rapports du Dr R. _____ des 4 juillet 1997 et 7 mai 2001).

L'assuré a été hospitalisé à la Fondation de Nant, secteur psychiatrique de l'Est vaudois du 26 février 1997 au 8 mars 1997. Le rapport de sortie du 18 avril 1997 faisait état de ce qui suit:

"Monsieur D. _____, 1949, a séjourné à la clinique de Nant du 26 février 1997 au 8 mars 1997, date de son retour à domicile.

Nous avons posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxiodépressive (F 43.22). Trouble hypocondriaque (F 45.2) chez une personnalité à traits paranoïaques (F 60.0).

RESUME DU SEJOUR

Hospitalisation d'office demandée par vous-même [Dr R. _____] pour un état dépressif et risques suicidaires.

Anamnèse actuelle

Patient de 48 ans, d'origine sicilienne, en Suisse depuis 22 ans, au bénéfice d'un permis B. Il est marié depuis 22 ans avec une compatriote, mariage dont sont issus une fille âgée de 19 ans, fiancée mais sans projet de mariage et d'autonomisation ainsi qu'un garçon de 13 ans. La mère, qui vit en Sicile auprès du père, est chroniquement dépressive. Le patient dit lui ressembler sur ce point et être, contrairement au reste de la famille, introverti, n'arrivant pas à extérioriser ses problèmes. Depuis 2 mois, le patient souffre davantage de sentiments dépressifs: son sommeil se détériore, surtout selon lui, en raison du dispositif anti-apnée qui lui est

nécessaire durant la nuit pour lutter contre un syndrome d'apnée du sommeil. Il décrit une perte pondérale de 10 kg sur quelques mois avec difficultés de concentration, fatigabilité, idées noires et accentuation de ses malaises sous forme de céphalées, vertiges, paresthésies. Ces difficultés semblent intervenir au moment où le couple va quitter son domicile actuel pour s'établir dans une villa en périphérie de Villeneuve. Ce déménagement semble particulièrement inquiéter le patient qui craint de souffrir d'une certaine solitude.

[...]

A l'entrée

Le patient se présente seul, en pyjama. Il est collaborant, l'orientation spatio-temporelle est conservée. L'anxiété est nettement perceptible. La thymie est dépressive avec des idées de mort sans projet suicidaire. Le discours est marqué par une discrèpence entre sa perception de la réalité et celle décrite par sa femme. On relève le peu de capacité d'introspection, la tendance massive à la projection et la lutte acharnée contre l'intrusion. Il attend de cette hospitalisation que l'on puisse régler son dispositif respiratoire afin qu'il puisse retrouver un meilleur sommeil. On ne met pas en évidence de symptôme psychotique floride.

Traitement et évolution

Le début du séjour sera marqué par l'inconstance des plaintes du patient qui se focaliseront d'abord sur sa situation professionnelle pour se concentrer par la suite sur son dispositif respiratoire et pour finir sur le désir de se reposer.

Nous introduisons une anxiolyse par voie buccale pour remplacer l'injection d'Imap qui semblait provoquer chez ce patient un certain inconfort (akathisie). L'évolution sera alors favorable avec restauration du sommeil et diminution des plaintes anxiodépressives. Des entretiens avec sa femme nous ont permis de confirmer la perception subdélirante qu'a ce patient tant de son corps que des interactions socio-professionnelles. Cette disposition ne semble pas engendrer de tension au sein du couple, la femme adhérant presque aux vues de son mari.

Au vu de cette symptomatologie chronique, nous avons proposé à M. D. _____ de reprendre un suivi ambulatoire auprès de la

Policlinique en ce qui concerne ses troubles d'ordre psychique, vous-même continuant à assurer le suivi somatique."

C. Lors de la 3^e procédure de révision, initiée en décembre 2003, le SMR a estimé qu'il était nécessaire de procéder à un examen bidisciplinaire, au motif que les derniers rapports médicaux au dossier n'étaient pas suffisants pour statuer. Ceux-ci comprenaient un rapport du 10 février 2004 du Dr L._____, médecin traitant de l'assuré qui, renvoyant aux diagnostics posés par les médecins de la Fondation de Nant, notait que M. D._____ se plaignait beaucoup de douleurs, ressenties à tous les niveaux, l'empêchant progressivement de marcher, ainsi qu'un rapport 26 avril 2004 de la Dresse P._____, de l'Unité médecine et sport de l'Hôpital de la Riviera, qui posait les diagnostics d'état anxio-dépressif chronique chez une personnalité à traits paranoïaques, de lombalgie récidivante sur discopathie dégénérative, de talalgie droite sur fasciite plantaire, de trouble de la statique des pieds, calcification insertion tendon d'Achille droit, syndrome de l'apnée du sommeil, ainsi que d'excès pondéral. La Dresse P._____ écrivait ceci:

"3. Anamnèse: Il s'agit d'un patient de 55 ans, patron d'une petite entreprise de construction, qui souffre depuis 1990 de douleurs chroniques et de malaises très invalidants apparus après une chute sur le dos en août 1990 qui avaient motivé une hospitalisation au Centre Pluridisciplinaire de la Douleur du CHUV en décembre 1994. L'examen avait conclu à une fibromyalgie, à un état dépressif sur une personnalité à traits paranoïaques. Le patient bénéficie d'une rente AI à 80% depuis 1995. Il était suivi régulièrement [pour] des séances d'acupuncture par son médecin traitant, le Docteur R._____, à Montreux, qui malheureusement est décédé dans l'automne 2003. Ce décès, la maladie grave de son épouse et des problèmes familiaux ont motivé une décompensation de l'état du patient. M. D._____ présente depuis octobre 2003 une talalgie droite et des lombalgies basses à l'origine de plaintes importantes sans que les différents traitements effectués puissent apporter une amélioration. Le patient a été adressé à notre Unité pour un traitement Dolorclast de la talalgie droite par le médecin-traitant qui a repris son cas après le décès du docteur R._____, le Docteur

L._____, à Montreux, qui le suit pour son problème d'apnée du sommeil. Les différents examens effectués dont une IRM du pied et de la colonne lombaire ne montrent pas un substrat anatomique qui justifie cette symptomatologie algique irréductible. De toute évidence, le problème réside dans une décompensation psychologique probablement motivée par le décès du médecin traitant. Le patient qui avait été hospitalisé à Nant et par la suite suivi à la Policlinique psychiatrique de Clarens, refuse actuellement de se rendre en consultation à la Policlinique psychiatrique d'Aigle, district auquel il appartient de par son domicile à Villeneuve. Il adapte selon besoin le traitement de Truxal et de Tranxiilium indiqué lors de son hospitalisation à Nant en 1995 (cf. rapport annexe).

4. Plaintes subjectives: Le patient se plaint de douleurs multiples, mal systématisées, au dos, aux jambes, aux talons et d'un état d'angoisse permanent avec des crises de panique face à des difficultés mineures qui sont assumées par son épouse et sa fille.

5. Constatations objectives : Patient obèse, syndrome lombo-vertébral sans déficit neurologique. Talalgie sur fasciite plantaire, patient très anxieux et fixé sur les douleurs du dos et du pied, ne constate aucune amélioration avec le traitement.

[...]

7. Thérapie / Pronostic: Thérapie : Les différents traitements effectués pour les douleurs lombaires et du talon droit, à savoir: AINS, physiothérapie du dos et du talon, support plantaire, infiltration du talon n'ont donné aucun résultat d'après le patient. Il ne souhaite pas qu'on intervienne en ce qui concerne la modification de son traitement antidépresseur. Il refuse de consulter de nouveau la clinique psychiatrique. Il a été adressé le 15 mars 2003 à la consultation du Docteur B._____ à Clarens qui effectuera dorénavant les séances d'acupuncture qui permettraient de stabiliser la symptomatologie. Pronostic : Ce patient présente de multiples somatisations chez une personnalité à traits paranoïaques. Après le décès de son médecin traitant, il semble être de nouveau dans un état de sub-délire paranoïaque-hypocondriaque. Il a beaucoup de difficultés à effectuer les tâches quotidiennes, une reprise de ses activités professionnelles en tant qu'entrepreneur indépendant est

très compromise et pour le moment impossible. Le traitement à notre Unité de Médecine du Sport pour son problème de talalgie et lombalgie basse est fini le 26.03.04. Il sera suivi dorénavant par le Docteur L. _____ à Montreux et par le Docteur B. _____ à Clarens. Prière d'adresser, dans le futur, à ces deux praticiens les demandes des rapports intermédiaires d'évolution."

L'examen bidisciplinaire au SMR a eu lieu le 9 décembre 2004. Dans leur rapport du 14 décembre 2004, les Drs G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et X. _____, psychiatre, ont retenu un trouble factice et des troubles de la personnalité avec traits hypochondriaques et histrioniques non invalidants. Ils ont toutefois estimé qu'en raison d'un probable syndrome lombo-vertébral chronique sur discopathies dégénératives de L3 à S1 avec protrusion médiane des disques, l'assuré devait avoir un travail sédentaire ou semi-sédentaire, sans port de charges de plus de 10 kg, permettant d'alterner les positions assise et debout, de ne pas travailler penché en avant ni sur des échelles.

Ces spécialistes ont en particulier relevé ceci:

"Du point de vue somatique, il y a très peu de signes objectifs de maladie. L'assuré se plaint d'avoir des symptômes pratiquement dans tous les organes. On a des signes de non-organicité et une grosse impression d'exagération des symptômes voire de fabulation. Contrairement à ce que son médecin traitant affirme, chez cet assuré je ne peux pas poser le diagnostic de fibromyalgie.

L'appréciation psychiatrique nous conduit vers un assuré qui, suite à une chute à hauteur d'homme sur un terrain herbeux, manifeste une kyrielle de symptômes tout aussi imaginatifs qu'inconsistants. La présentation clinique est floride, elle éveille un amusement certain au vu des éléments contradictoires et du maintien de l'expression sérieuse de l'assuré. Tous les domaines abordés font l'objet d'une atteinte subjective. Malgré des investigations poussées et une hospitalisation en milieu psychiatrique, aucun substrat morphologique n'a pu être mis en évidence pour illustrer une maladie invalidante.

Outre le débordement des symptômes, les préoccupations hypochondriaques prennent toute la place dans la vie psychique de l'assuré: La fragilité de son monde intérieur le conduit à s'exprimer au moyen de son corps, mais aucune capacité d'introspection n'a été détectée chez celui-ci, qui lui permettrait d'évaluer l'impact de ses propos envers son interlocuteur. Ce mode de fonctionnement est constitutionnel, donc présent depuis toujours, et n'a pas empêché l'assuré de devenir chef d'entreprise et de diriger une douzaine d'employés.

Cette constitution n'a donc aucune influence sur la capacité de travail de l'assuré.

L'examen ne met pas en évidence non plus de trouble de la personnalité de type mythomanie ni de perte de contact avec la réalité de type psychose. L'existence de douleurs est possible, mais leur mode de présentation ne permet pas leur association à une pathologie psychiatrique pouvant porter atteinte à la capacité de travail."

Dans un avis SMR du 27 juin 2006, le Dr [...] a constaté que le diagnostic de fibromyalgie posé par le Centre pluridisciplinaire de la douleur du CHUV en 1994 n'avait pas été retrouvé à l'examen du SMR du 9 décembre 2004 et que le trouble de la personnalité à traits paranoïaques avait été identifié par le psychiatre du SMR comme un trouble de la personnalité avec des traits hypochondriaques et histrioniques, qui n'était toutefois pas invalidant.

Le 4 octobre 2007, l'Office AI a notifié à l'assuré un projet de suppression du droit à la rente, motivé comme suit:

"Résultat de nos constatations:

- En raison d'une fibromyalgie, de vos troubles paranoïaques et d'un syndrome d'apnée, vous avez été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 1994, votre taux d'invalidité ayant été fixé à 80 %.

- Lors de la révision d'office entreprise en décembre 2003, le Service médical régional AI (SMR) a estimé qu'une expertise bidisciplinaire était indispensable pour déterminer la capacité de travail encore exigible dans une activité adaptée à votre état de santé.
- Vous avez été convoqué au Service médical régional AI pour cette expertise le 9 décembre 2004. Il ressort de cette expertise que vous présentez des troubles de la personnalité qui n'ont aucune répercussion sur votre état de santé et que votre capacité de travail est entière dans une activité adaptée à votre état de santé (activité semi sédentaire à sédentaire, sans charges supérieures à 10 kg avec alternance des positions, évitant le travail sur échelles et en porte-à-faux du tronc), ceci depuis la date de l'examen médical au SMR le 9 décembre 2004.
- Lors de cet examen médical, la fibromyalgie n'a pas pu être mise en évidence et les atteintes somatiques relevées ne justifient pas une incapacité de travail dans toute activité. Quant au trouble de la personnalité, il n'est pas invalidant en soi. Quant au syndrome d'apnée du sommeil il est appareillé.
- L'examen clinique du SMR se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cet examen a dès lors valeur probante.
- Nous avons mandaté notre Service de réadaptation professionnelle afin de vous faire part des conclusions du SMR et de vous aider à trouver une activité adaptée à votre état de santé.
- Or vous n'envisagez aucun avenir sur le plan professionnel. De ce fait, des mesures professionnelles ainsi qu'une aide au placement ne sont pas envisageables compte tenu de votre position.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure

des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004, CHF 4'588.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4771.52 (CHF 4588.- x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 57'258.24.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité est justifié.

Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 51'532.42.

Sans atteinte à la santé, vous auriez poursuivi votre activité de concierge professionnel à 100 % et votre revenu annuel atteindrait en 2004 (date de l'amélioration de votre état de santé constatée par le SMR) Fr. 81'372.-. En comparant ce revenu avec celui que vous

pourriez obtenir dans une activité adaptée à votre état de santé et qui tienne compte de vos limitations fonctionnelles, votre préjudice économique est inférieur à 40 % selon le calcul suivant:

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 81372.-

avec invalidité CHF 51'532.-

La perte de gain s'élève à CHF 29'840.- = un degré d'invalidité de 36,67 %.

Le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, le droit à la rente s'éteint.

Notre décision est par conséquent la suivante:

La rente sera supprimée dès le premier jour du 2ème mois qui suit la notification de la décision."

L'assuré, représenté par l'avocat Roberto Izzo, a contesté ce préavis en faisant valoir que l'ensemble des médecins consultés, excepté le SMR, reconnaissait une aggravation de son état de santé en raison de multiples facteurs (douleurs articulaires et musculaires, paresthésies de tout le corps, vertiges, malaises, fibromyalgie, dépression et apnée du sommeil) l'empêchant d'exercer une quelconque activité. Ces pathologies avaient d'ailleurs motivé la décision d'octroi de rente du mois d'août 1996. Dans la mesure où le rapport du SMR du 9 décembre 2004 reconnaissait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, il se fondait sur l'hypothèse soit d'une amélioration de son état de santé depuis la décision initiale d'octroi de rente, soit du caractère manifestement erroné de cette décision. Dans les deux cas, l'avis du SMR était en totale contradiction avec l'avis des autres médecins consultés et n'était pas pleinement probant. Le recourant estimait nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale neutre.

Par décision du 3 septembre 2009, l'Office AI a supprimé le droit à la rente de l'assuré pour les motifs explicités dans son préavis, considérant que le rapport d'examen du SMR du mois de décembre 2004 était pleinement probant et permettait de conclure à une amélioration significative de son état de santé et à une pleine capacité de travail dans

une activité adaptée. Il était précisé que la suppression de la rente interviendrait le 1^{er} jour du 2^e mois qui suivrait la notification de ladite décision et qu'un éventuel recours au Tribunal cantonal n'aurait pas d'effet suspensif.

D. Par acte du 8 octobre 2009, l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales contre cette décision, concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif du recours, principalement à l'annulation de la décision attaquée et au maintien du droit à la rente, subsidiairement au renvoi du dossier en vue d'une instruction complémentaire. Il reprend en substance les motifs invoqués dans ses objections au préavis de la décision attaquée, et fait valoir que l'avis médical du SMR du mois de décembre 2004, sur lequel l'office s'est fondé pour supprimer sa rente, constitue une appréciation différente d'une même situation médicale n'ouvrant pas le droit à révision selon la jurisprudence fédérale.

L'office intimé s'est opposé à la restitution de l'effet suspensif au recours. Dans sa réponse, il conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, au motif que le rapport du SMR du 9 décembre 2004 est pleinement probant et permet de retenir une amélioration significative de l'état de santé du recourant. Il ajoute qu'au demeurant le recourant a été surpris sur un chantier en février 2009, et qu'il a réalisé des revenus importants pour l'année 2007. Il produit à cet égard une copie du rapport de contrôle de chantier réalisé par la [...] (ci-après: [...]) le 19 février 2009, ainsi qu'une copie des renseignements fiscaux du recourant pour l'année 2007, qui atteste un revenu et une fortune imposables de, respectivement, 149'300 et 987'000 francs.

Le 25 janvier 2010, l'office intimé a encore produit une copie des déterminations de l'assuré dans une procédure de droit du bail l'opposant à ses locataires, qui contient l'affirmation suivante: «D. _____ n'a aucun problème ni cardiaque ni respiratoire qui l'empêcherait de monter deux étages».

Dans ses déterminations des 5 février et 30 avril 2010, le recourant conteste exercer une quelconque activité professionnelle. S'agissant du rapport de contrôle de chantier figurant au dossier, il explique qu'il se trouvait sur le chantier en qualité de propriétaire pour vérifier le bon avancement des travaux et non pour y exercer une quelconque activité professionnelle. Il fait valoir d'autre part que les documents fiscaux produits par l'intimé ne sont pas pertinents pour juger du présent litige, et qu'ils ne lui étaient de surcroît pas destinés, de sorte qu'ils doivent être retirés du dossier. Il ajoute que son revenu est constitué de ses rentes et pensions des 1^{er} et 2^e piliers, ajoutés à ceux de son épouse, ainsi que du rendement de ses immeubles, ceux-ci étant toutefois grevés d'importantes hypothèques. Sa situation financière serait dès lors bien moins confortable que ce que laisseraient entendre les déclarations de l'office. Il produit également les résultats d'une échocardiographie cardiaque du 29 octobre 2009 du Dr Y. _____, spécialiste en cardiologie, mettant en évidence une hypertrophie concentrique limite des parois ventriculaires gauches, et une dysfonction diastolique du ventricule gauche.

L'office intimé a répliqué qu'il avait reçu les documents fiscaux et les déterminations relatives au litige de droit du bail par dénonciation anonyme. Quant au rapport de contrôle de chantier, il lui avait été transmis directement par la [...], conformément à ce que prévoit la convention signée par l'Etat de Vaud, la SUVA, et les partenaires sociaux du secteur de la construction. Il a également produit un avis du SMR du 20 mai 2010, auquel il déclare se rallier, dont la teneur est la suivante:

"Le rapport d'échographie cardiaque du 29.10.2009 du Dr Y. _____ fait état d'une fonction systolique normale du ventricule gauche, de cavités droites et gauches de taille normale, d'une dysfonction diastolique du ventricule gauche et d'une hypertrophie concentrique limite du ventricule gauche (paroi postérieure: 12 mm pour une norme de 6 à 11 mm).

La dysfonction diastolique et l'hypertrophie ventriculaire gauche sont les conséquences anatomiques de l'hypertension artérielle. Selon la littérature médicale, la dysfonction ventriculaire gauche est

présente chez près de 80% des hypertendus et l'hypertrophie ventriculaire gauche chez 32% des hommes hypertendus de plus de 60 ans. Compte tenu de la prévalence élevée de l'hypertension artérielle dans la population (plus de 30% des hommes de plus de 60 ans), une proportion importante de la population active vit et travaille avec de telles anomalies, dont bon nombre sans même le savoir. Ces paramètres ont surtout une valeur pronostique mais ne sont pas directement corrélé[s] avec un handicap clinique.

En conclusion, les anomalies mises en évidence par l'échocardiographie sont celles attendues chez un sujet hypertendu, [elles] sont fréquentes dans la population active et ne peuvent pas être corrélé[es] avec une incapacité de travail.

Les paramètres cardiaques et l'hypertension artérielle de M. D. _____ sont parfaitement compatibles avec une activité à plein temps, semi-sédentaire à sédentaire, sans charge supérieure à 10 kg, telle que nous avons défini une activité adaptée dans notre rapport du 20.12.2004."

Le recourant s'est encore déterminé le 5 juillet 2010 en faisant valoir que c'est bien l'ensemble de ses affections, et non chacune prise séparément, qui doit être considéré pour évaluer sa capacité de travail résiduelle, laquelle serait en définitive nulle.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours qui respecte au surplus les conditions formelles (art. 60 al. 1, 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]) est recevable.

2. Est litigieuse en l'espèce la décision du 3 septembre 2009 de l'Office AI supprimant le droit à la rente du recourant dès le 1^{er} novembre 2009 en raison d'une amélioration significative de son état de santé.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une

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

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

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

b) 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 conformément à l'art. 17 LPGA. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. 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 (TFA I 408/05 du 18 août 2006 consid. 3.1 et les références). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 s.; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 p. 369 et la référence; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009, consid. 2.1).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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, 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 et la référence citée). Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43).

3. Le recourant fait grief à l'office intimé d'avoir violé les principes régissant l'appréciation des preuves en accordant une pleine valeur probante au rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 9 décembre 2004 qui retenait une amélioration de son état de santé. Il soutient que l'ensemble des médecins consultés, excepté le SMR, s'accorde à reconnaître une aggravation de son état de santé en raison de multiples pathologies somatiques et psychiques (douleurs articulaires et musculaires, paresthésies de tout le corps, vertiges, malaises, fibromyalgie, dépression et apnée du sommeil), l'empêchant d'exercer une quelconque activité.

a) On constate en l'occurrence que la décision initiale d'octroi de rente de 1996 ne contient pas de motivation mais indique uniquement un degré d'invalidité de 80%. Il ressort néanmoins du dossier médical que cette décision se fondait sur les diagnostics de fibromyalgie (ou polyinsertionite), de personnalité à traits paranoïaques, ainsi que de syndrome d'apnée du sommeil. Ces diagnostics avaient été posés par les médecins du Centre pluridisciplinaire de la douleur (cf. rapport du 9 mars 1995), ainsi que par le médecin traitant qui attestait une incapacité de travail de 80% dans l'activité habituelle de l'assuré (cf. rapport du Dr J. _____ du 5 octobre 1995).

Les 1^{ère} et 2^e procédures de révision ont abouti au maintien de la rente sur la base des rapports médicaux du médecin traitant attestant un état stationnaire (cf. rapports du Dr R. _____ des 4 juillet 1997 et 7 mai 2001).

Lors de la 3^e procédure de révision ouverte en 2003, l'Office AI a estimé que les rapports médicaux remis par le médecin traitant, le Dr L. _____, ainsi que par la Dresse P. _____, n'étaient pas suffisamment étayés pour déterminer si l'état de santé du recourant avait évolué ou non, raison pour laquelle il a mis en oeuvre un examen bidisciplinaire au SMR.

b) Sur le plan somatique, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique au SMR a retenu un probable syndrome lombovertébral chronique sur discopathies dégénératives de L3 à S1 avec protrusion médiane des disques en raison duquel l'assuré devait avoir un travail sédentaire ou semi-sédentaire, sans port de charges de plus de 10 kg, permettant d'alterner les positions assise et debout et d'éviter le travail penché en avant ou sur des échelles. Toutefois dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail du recourant était entière, selon ce spécialiste. Il a relevé que malgré l'absence de signe objectif d'atteinte somatique — également mise en évidence par les médecins du Centre pluridisciplinaire de la douleur dans leur rapport du 9 mars 1995, ainsi que par la Dresse P._____ dans son rapport du 26 mars 2004 —, l'examen clinique avait déclenché des douleurs multiples et généralisées de la part de l'assuré mettant en évidence la présence de nombreux signes de non-organicité. Il a également noté une forte impression d'exagération des symptômes. S'agissant enfin du syndrome d'apnée du sommeil, le recourant ayant été opéré en 1995, et utilisant un appareil CPAP pour dormir, ce trouble n'était à l'évidence pas responsable d'une incapacité de travail.

On constate que les conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire du SMR 14 décembre 2004 sur le plan somatique sont corroborées par les pièces médicales au dossier, en particulier par les constatations des médecins du Centre pluridisciplinaire de la douleur, ainsi que par celles de la Dresse P._____, mettant en évidence l'absence d'atteinte somatique expliquant les multiples plaintes invoquées par l'assuré. Quant à l'aggravation mentionnée par le médecin traitant dans son rapport du 10 février 2004, elle ne repose sur aucun élément médical objectif, mais exclusivement sur les plaintes de l'assuré dont on a vu qu'elles ne pouvaient être corrélées à une atteinte objective. L'avis du médecin traitant n'est dès lors guère probant et ne saurait remettre cause les conclusions étayées des spécialistes du SMR.

S'agissant enfin des anomalies mises en évidence par l'échocardiographie du Dr Y._____ (cf. rapport du 29 octobre 2009), elles

sont, selon l'avis médical du SMR du 20 mai 2010, attendues chez un sujet hypertendu et fréquentes dans la population active. Elles sont ainsi parfaitement compatibles avec une activité à plein temps, semi-sédentaire à sédentaire, sans charge supérieure à 10 kg, telle que définie lors de l'examen bidisciplinaire du 9 décembre 2004. Sur ce point non plus l'avis du SMR n'est pas contredit par les pièces médicales au dossier.

Dès lors, on retiendra que l'assuré présente sur le plan somatique une capacité de travail exigible entière dans une activité adaptée telle que décrite par les médecins du SMR dans leur rapport du 14 décembre 2004.

c) Sur le plan psychiatrique, on rappelle que les spécialistes du Centre pluridisciplinaire de la douleur avaient posé le diagnostic de personnalité à traits paranoïaques (cf. rapport du 9 mars 1995), mais qu'ils ne s'étaient pas prononcés sur le caractère invalidant de cette atteinte.

La psychiatre du SMR a pour sa part retenu un trouble factice et des troubles de la personnalité avec traits hypochondriaques et histrioniques (cf. rapport d'examen bidisciplinaire du 14 décembre 2004). Elle a toutefois précisé que ces troubles étaient présents depuis toujours et n'avaient pas empêché l'assuré de devenir chef d'entreprise. Lors de l'examen clinique du 9 décembre 2004, cette spécialiste a constaté un débordement des symptômes, ainsi que la présence de préoccupations hypochondriaques prenant toute la place dans la vie psychique de l'assuré. Elle a expliqué que la fragilité de son monde intérieur conduisait l'intéressé à s'exprimer au moyen de son corps, et qu'il ne disposait d'aucune capacité d'introspection lui permettant d'évaluer l'impact de ses propos envers son interlocuteur. Toutefois, ce mode de fonctionnement était constitutionnel, donc présent depuis toujours, et n'avait cependant pas empêché l'assuré de devenir chef d'entreprise et de diriger une douzaine d'employés. Il n'avait donc pas de répercussion sur la capacité de travail. Elle précisait n'avoir pas retrouvé lors de l'examen clinique du 9 décembre 2004 des troubles de la personnalité de type mythomanie ni de perte avec la réalité de type psychose. Quant au mode

de présentation des douleurs par l'assuré, il ne permettait pas de les associer à une pathologie psychiatrique pouvant porter atteinte à la capacité de travail.

L'appréciation médicale de la psychiatre du SMR est claire et bien motivée. Elle se fonde sur un examen clinique et prend en compte le dossier médical, ainsi que les plaintes de l'assuré. On constate par ailleurs que les conclusions de cette spécialiste en psychiatrie ne sont pas contredites par les différents rapports médicaux subséquents produits par le recourant. Ceux-ci ne contiennent en effet pas d'avis médical émanant d'un psychiatre, étant précisé que l'assuré a renoncé à produire une contre-expertise psychiatrique, tel qu'annoncée lors de son opposition à la décision querellée. Quant à l'avis médical de la Dresse P. _____ du 26 mars 2004, qui retenait un état anxio-dépressif chronique chez une personnalité à traits paranoïaques, cette praticienne expliquait que la problématique résidait dans une décompensation psychologique probablement induite par le décès du médecin traitant, cette problématique n'ayant par la suite pas été retrouvée lors de l'examen clinique du SMR du 9 décembre 2004. S'agissant enfin de l'avis du médecin traitant (cf. rapport du Dr L. _____ du 10 février 2004), ce généraliste se contentait de renvoyer aux diagnostics posés 7 ans plus tôt par les médecins de la Fondation de Nant lors de l'hospitalisation de l'assuré en mars-février 1997. Ces médecins ne s'étaient toutefois pas prononcés sur l'existence d'une atteinte psychiatrique invalidante (cf. rapport de sortie du 18 avril 1997).

On retiendra par conséquent sur la base de l'avis médical du SMR du 14 décembre 2004, pleinement probant, que le recourant souffre sur le plan psychiatrique d'un trouble factice et de troubles de la personnalité avec traits hypochondriaques et histrioniques qui n'ont toutefois aucune répercussion sur sa capacité de travail. Le trouble de la personnalité à traits paranoïaques diagnostiqué 10 ans plus tôt par les psychiatres du Centre pluridisciplinaire de la douleur – qui ne s'étaient au demeurant pas prononcés sur les conséquences d'un tel trouble sur la capacité de travail de l'assuré – n'a pas été retrouvé lors l'examen clinique

du SMR du 9 décembre 2004. Il y a donc lieu de retenir une amélioration de l'état de santé du recourant.

4. a) Il reste à examiner la problématique de la fibromyalgie.

A cet égard, les médecins du SMR ont écarté ce diagnostic, expliquant qu'ils ne pouvaient se rallier à l'avis des médecins traitants au motif qu'il existait de nombreux signes de non-organicité et d'exagération mis en évidence lors de leur examen clinique. Il y a donc une divergence d'appréciation entre l'avis des spécialistes du SMR et celui des médecins traitants, qui n'est toutefois pas déterminante, comme on le verra, sur l'issue du litige.

b) En effet, selon la jurisprudence bien établie du Tribunal fédéral, il existe dans les cas de troubles somatoformes douloureux une présomption - étendue au diagnostic de fibromyalgie - selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

Ce n'est qu'en présence de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, que l'on admettra le caractère invalidant de la fibromyalgie. Dans un tel cas, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude

coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

c) En l'occurrence, le recourant ne souffre pas, comme on vient de le voir, d'une atteinte à la santé psychiatrique invalidante ayant valeur de comorbidité psychiatrique.

Quant aux autres critères de gravité des troubles somatoformes et affections assimilées, tel que définis par la jurisprudence (cf. consid. 4b supra), ils n'apparaissent manifestement pas remplis en l'espèce. En particulier, il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'assuré maintient un contact proche et régulier avec les membres de sa famille et s'occupe de la gestion de son patrimoine immobilier. Il est à même de se déplacer et de surveiller les travaux sur ses immeubles, comme cela ressort du procès-verbal de contrôle de chantier du 19 février 2009. Il n'existe pas non plus d'affections corporelles chroniques importantes, les divers médecins qui ont examiné le recourant ont constaté l'absence d'atteinte somatique

importante, et on ne peut parler d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée, dès lors que le recourant n'est pas suivi sur le plan psychiatrique. Enfin, les spécialistes du SMR ont relevé les graves discordances entre les douleurs décrites et le status objectif, qui plaident en faveur d'une importante majoration des symptômes de la fibromyalgie.

Il faut donc en conclure que l'assuré ne souffre pas d'atteinte à la santé invalidante en raison de la fibromyalgie.

d) Le dossier étant complet, il permet à la cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale telle que requise en l'espèce. En effet, selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées).

5. a) En résumé, tant sur les plans somatique que psychique, la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

b) Le degré d'invalidité, qui résulte de la méthode générale de comparaison des revenus et qui tient compte d'un taux d'abattement de 10% sur le revenu statistique d'invalidé (cf. ATF 126 V 80 consid.5b/cc), retenu par l'office AI et non contesté par le recourant, est inférieur à 40%

(36,67%). C'est donc à juste titre que le droit à la rente de l'assuré été supprimé. Au demeurant, le recourant était âgé de 55 ans au moment de l'examen bidisciplinaire du SMR et de 60 ans à peine au moment de la décision litigieuse. Quelque soit ainsi le moment auquel on se place, il était encore éloigné de l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite, le cas échéant, une approche particulière (cf. notamment SVR 2003 IV n° 35 p. 107 [I 462/02]; arrêts 9C_849/2007 du 22 juillet 2008, 9C_612/2007 du 14 juillet 2008, I 1034/06 du 6 décembre 2007, I 61/05 du 27 juillet 2005, I 819/04 du 27 mai 2005, I 462/02 du 26 mai 2003, I 617/02 du mars 2003, I 461/01 du 4 avril 2002).

6. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 3 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à un montant de 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant D._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière:

Du

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

- Me Roberto Izzo (pour M. 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).

La greffière :