

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 juin 2014

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Thalmann et M. Métral
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 et 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

En fait :

A. Le 12 décembre 2001, le Tribunal des assurances du canton de Vaud (ci-après : le TASS) a rendu un jugement (AI 167/01 - 177/2002) dont on extrait ce qui suit :

"En fait :

A. _____ [ci-après : l'assuré], né [[...]] 1957, marié, est chauffeur poids lourds de profession, métier qu'il a cessé d'exercer dès le 20 décembre 1996, en raison d'une hernie discale médi[o]-latérale gauche en L4-L5.

A. _____ a déposé, le 7 août 1997, une demande tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle et d'une rente.

Dans son rapport du 19 août 1997, le Dr M. _____, neurologue, médecin traitant de l'assuré, indique que l'atteinte à la santé est survenue au printemps 1995 et que l'assuré présente une incapacité de travail de 100 % comme camionneur depuis le 7 janvier 1997, le diagnostic étant "lombosciatalgies gauches intermittentes sur hernie discale L4-L5"; le médecin traitant mentionne en outre que l'assuré a subi plusieurs accidents dans le cadre de son travail et qu'en raison de ses problèmes de santé, celui-ci n'est plus en mesure d'exercer son activité antérieure, une demande de prise en charge rapide pour réorientation professionnelle étant faite.

A. _____ a été suivi par le Dr G. _____, neurochirurgien FMH, qui, dans un rapport du 17 février 1997, pose le diagnostic "hernie discale L4-L5 gauche luxée vers le bas dans un canal pas très large"; il déconseille toutefois une intervention chirurgicale et préconise un changement de profession.

L'assuré a effectué un séjour auprès de l'Etablissement thermal cantonal vaudois de Z. _____ du 22 avril 1997 au 12 mai 1997, sans que cela ait permis une reprise de travail. Dans un rapport du 30 mai 1997, les médecins de cet établissement thermal ont diagnostiqué une hernie discale L4-L5 comprimant L5; ils ont précisé que, dans l'ensemble, les traitements avaient été bien tolérés et que subjectivement, en fin de séjour, le patient a décrit une symptomatologie pratiquement identique à l'entrée, sans aucun changement ou amélioration notable.

Selon un questionnaire rempli par l'entreprise X. _____ SA le 23 octobre 1997, l'assuré a travaillé dans cette entreprise depuis mars 1982 en qualité de chauffeur poids lourd et est en arrêt maladie depuis le 20 décembre 1996.

Dans un rapport du 5 janvier 1999, l'OAI mentionne que le médecin traitant préconise la reprise d'une activité dans laquelle l'assuré pourrait avoir une certaine mobilité, telle que magasinier ou

surveillant de parking; il relève également que l'assuré avait eu de la peine à admettre de devoir abandonner son métier de chauffeur, qu'il appréciait, et qu'il avait beaucoup espéré d'une intervention chirurgicale; mais son état de santé ne s'était pas amélioré les derniers mois. Un stage d'observation auprès du centre compétent (le COPAI) a été proposé.

En conséquence, l'OAI a organisé un stage auprès du COPAI à F._____ se déroulant du 15 mars 1999 au 23 avril 1999, qui a dû être interrompu le 31 mars 1999. Dans son rapport du 10 mai 1999, le COPAI indique que le stage a confirmé qu'aucune activité durable et rentable ne pouvait être attendue de l'assuré, en raison d'un syndrome douloureux constamment présent et de difficultés permanentes à adopter une position statique compatible avec quelque travail que ce soit. Il conclut que tant qu'une amélioration clinique réelle ne se produit pas, il n'est pas possible d'envisager une reprise d'activité rentable, même à temps partiel.

Dans deux rapports intermédiaires respectivement du 12 janvier 2000 et du 28 février 2000, le Dr M._____ a confirmé que l'incapacité de travail de l'assuré est de 100 % et que l'évolution est plutôt défavorable.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a soumis l'assuré à une expertise rhumatologique, effectuée par le Dr K._____, spécialiste FMH, médecine interne, rhumatologie, ainsi qu'à une expertise psychiatrique effectuée par le Dr V._____, médecin adjoint auprès du secteur psychiatrique [...] du canton de Vaud de l'Hôpital psychiatrique de J._____.

Dans son expertise médicale du 4 avril 2000, le Dr K._____ indique le diagnostic suivant: "syndrome de douleur chronique; lombo-sciatalgies gauches chroniques persistantes; hernie discale L4-L5 gauche". Il estime la capacité de travail réduite de 25 % au moins depuis décembre 1996 et, depuis lors, mise à part une brève tentative avortée de reprise du travail au printemps 1997, l'incapacité de travail est restée de 100 %. Il estime en outre que l'évolution continuera de se faire de manière catastrophique; l'assuré ne pourra plus jamais travailler dans son métier de chauffeur poids lourds et de manœuvre de chantier; sur une base d'appréciation purement et limitativement somatique, une capacité de travail de 50 % pourrait cependant lui être reconnue dans une activité physique légère, sous réserve toutefois de l'avis des psychiatres. Il indique en outre que l'assuré n'a pas de possibilités d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales et que des mesures professionnelles ne pourront pas apporter quoi que ce soit, celles-ci ayant déjà été tentées et les spécialistes de la réinsertion professionnelle ayant déclaré l'assuré définitivement inapte à une activité quelconque ayant un rendement économique significatif. En outre, selon le Dr K._____, une évaluation psychiatrique de la situation mérite d'être obtenue afin d'avoir une vision globale et équitable de la situation; il demande donc un complément d'expertise dans ce sens.

Dans son rapport du 13 novembre 2000, le Dr V._____ du secteur psychiatrique [...] du canton de Vaud de l'Hôpital de J._____ a fait une anam[n]èse complète de l'assuré, en relevant

notamment que l'assuré est arrivé en Suisse en 1980 en qualité de saisonnier dans l'agriculture et après deux ans, il a été engagé dans une entreprise de construction où il a passé son permis de chauffeur poids lourds; il a ensuite travaillé comme chauffeur poids lourds en étant également responsable du chargement et du déchargement de son camion. Le 4 avril 1996 est survenu l'accident pour lequel il n'a consulté son médecin traitant qu'en juin 1996. Malgré les différents médicaments associés à de la physiothérapie, les douleurs ont persisté; l'assuré a déclaré essayer à tout prix de résister à celles-ci pour pouvoir conserver son emploi. Les douleurs devenant toujours plus intolérables en 1996, l'assuré a consulté, en janvier 1997, le Dr M._____, spécialiste FMH en neurologie. Le Dr V._____ mentionne en outre l'IRM lombaire montrant une hernie discale L4-L5 luxée et comprimant la racine L5 gauche et le traitement conservateur effectué à Z._____. Il mentionne également que l'assuré a consulté d'une part le service de neurologie du Centre hospitalier L._____ au mois de février 1997, qui a constaté une amélioration de la symptomatologie douloureuse et qui conclut qu'il n'y avait pas d'indications opératoires à retenir, et, d'autre part, le Prof. [G._____], spécialiste FMH en neurochirurgie, qui conclut qu'au vu de l'état et du vécu de l'assuré, celui-ci ne retravaillera plus jamais, mais estime toutefois que le métier actuel exercé est contre-indiqué et qu'il faudrait à celui-ci une activité dans laquelle il n'a pas à porter de charge d'un poids supérieur à 50 kg. L'expert mentionne en outre la cure thermale effectuée du 22 avril 1997 au 12 mai 1997 à Z._____, à l'issue de laquelle il a été constaté qu'il n'y avait aucune amélioration. L'anam[n]èse mentionne encore qu'une reprise du travail à 25 % en avril 1997 avait échoué et que depuis, hormis le stage au COPAI, l'assuré n'avait pas pu reprendre d'activité professionnelle. Elle indique également que depuis le printemps 1999, l'assuré n'a plus aucune source de revenus, son épouse gagne 1'500 fr. par mois pour son activité de conciergerie et il s'est fait aider matériellement par son frère. L'expert mentionne par ailleurs le rapport d'expertise établi le 4 avril 2000 par le Dr K._____, rhumatologue FMH qui conclut qu'il s'agit essentiellement d'un problème de perpétuation et d'amplification de la douleur pour des raisons non organiques et par le fait que le patient a été estampillé comme définitivement inapte à travailler par une instance officielle, soit le COPAI; il estime qu'il est pratiquement certain que l'assuré ne reprendra jamais une activité quelconque et il a proposé un complément d'expertise. Enfin, l'anamnèse relève que l'assuré ne comprend pas le sens de cette expertise psychiatrique car il estime que son incapacité de travail découle directement de ses douleurs essentiellement dans le membre inférieur gauche, séquelle de l'accident du 4 avril 1996.

Dans la description du statut psychiatrique, le Dr V._____ indique notamment que l'assuré ne fait aucun projet futur, qu'il n'a pas de hobbies et qu'il a une attitude de repli social entièrement conditionné par ses douleurs et la conviction qu'il ne pourra jamais retrouver une aptitude professionnelle. Le contenu de son discours est pauvre et essentiellement centré sur la problématique douloureuse, sur l'échec des différentes thérapies effectuées jusqu'à présent, sur le fait que son état de santé a influé sur son travail et sa vie de famille. La conclusion de l'examen psychologique (Rorschach - T.A.T.) indique la pauvreté et le vide de la pensée, l'apragmatisme caractérisant les protagonistes au T.A.T.,

associés à des récits immotivés où les interactions sont absentes, sont le reflet d'un désert psychique qui fait penser à ce qu'on peut trouver dans certaines structures psychotiques dites psychoses vides.

Le Dr V. _____ pose le diagnostic suivant : "Trouble de personnalité rigide avec effondrement narcissique, syndrome douloureux somatoforme persistant, lombosciatalgies gauches chroniques persistante (hernie discale L4-L5 gauche)". Dans la discussion du cas, l'expert relève notamment que l'assuré semble déjà avoir souffert à diverses reprises de douleurs lombaires ayant même entraîné des arrêts de travail avant le printemps 1996. Actuellement, l'assuré reporte toute sa symptomatologie douloureuse à l'accident survenu durant son travail le 4 avril 1996 ; depuis lors, l'assuré est totalement recroquevillé sur sa douleur du membre inférieur gauche, il ne travaille plus du tout depuis le printemps 1997 et n'a fait qu'une brève réapparition au travail. En outre, l'expertisé présente, depuis son accident, un effondrement narcissique par le fait qu'il est incapable de travailler, de gagner sa vie, et d'assumer financièrement la prise en charge de sa famille. Il se sent diminué physiquement devant sa famille, incapable de subvenir aux besoins matériels de sa fille, ce qui induit un fort sentiment d'autodévalorisation. Une surcharge psychogène n'est pas à exclure, probablement liée à une structure de personnalité rigide ou psychotique. En outre, depuis l'accident, il est dans une position de repli social, avec un quasi statut d'handicapé physique qui renforce un fort sentiment d'autodévalorisation.

En conclusion, le Dr V. _____ indique qu'en tenant compte de la symptomatologie douloureuse persistante, qui n'a pas diminué malgré tous les traitements de l'assuré, et de son incapacité de travail de longue durée, l'évolution sur le plan professionnel demeure réservée à long terme. Il relève que des mesures de réadaptation professionnelle pour le moment ne sont pas indiquées et que d'ailleurs les spécialistes du COPAI ont déclaré que l'assuré était définitivement inapte à une activité quelconque ayant un rendement significatif. Il conclut que pour cette raison, il estime que l'assuré présente une incapacité de travail à 100 %, ce dernier ne pouvant pas bénéficier d'une réadaptation professionnelle.

Examinant ces analyses, par ses médecins-conseils, l'OAI a estimé que la motivation de l'expertise psychiatrique n'était pas suffisante pour être retenue; il l'a dès lors écartée et a procédé à l'évaluation du préjudice économique subi sur la base d'une capacité de travail de 50 %; le résultat de cette comparaison a abouti à une invalidité de 61,93 %.

B. Par décision du 2 avril 2001, l'OAI a accordé à l'assuré une demi-rente d'invalidité fondée sur une invalidité de 62 % dès le 1er décembre 1997. L'OAI a retenu que l'assuré, qui n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité de chauffeur poids lourds en raison de douleurs lombaires, est capable de reprendre une activité adaptée à raison de 50 %, soit une activité avec alternance de position et ne comportant pas l'obligation de porter des charges de plus de 10 kg, exceptionnellement 15 kg. Des activités telles que magasinier, chauffeur de taxi, surveillant de parking, ouvrier

d'expédition ou travaux de montage industriel sont exigibles, compte tenu de l'état de santé de l'assuré.

[...]

En droit :

[...]

3. [...]

d) [...]

En l'espèce, l'OAI a écarté l'expertise psychiatrique administrative du 13 novembre 2000 du Dr V._____ du secteur psychiatrique [...] du canton de Vaud de l'Hôpital psychiatrique de J._____ - laquelle a retenu une incapacité de travail de 100 % pour des raisons psychiatriques - au motif qu'elle serait insuffisamment motivée. L'OAI se fonde exclusivement sur l'évaluation de l'incapacité de travail effectuée par l'expert rhumatologue, le Dr K._____, qui retient une incapacité de travail de 50 % pour des raisons somatiques. Procédant à la comparaison des revenus, l'OAI a évalué l'invalidité à 61,93 %.

Pour sa part, le recourant estime que l'expertise psychiatrique du Dr V._____ de l'Hôpital psychiatrique de J._____ a pleine force probante et qu'il a en conséquence droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er décembre 1997.

4. [...]

d) En l'espèce, l'OAI a fait procéder à une évaluation professionnelle de l'assuré au COPAI qui a conclu à l'inaptitude vraisemblablement durable de l'assuré à reprendre une activité dans le circuit économique normal, même à temps partiel, en l'absence d'une amélioration clinique réelle; ces conclusions se fondent sur une observation qui a duré du 15 mars 1999 au 31 mars 1999 ainsi que sur la constatation que l'assuré ne tient aucune position statique plus d'une demi-heure en atelier, sur son manque de résistance, sur sa fatigue avec quelques signes d'épuisement, sur son manque de maîtrise (relâchement et blocages) et sur les ruptures de continuité. Ces limitations résultent de ses lombosciatalgies gauches sur hernie discale L4-L5, dont le traitement uniquement conservateur a été sans résultats positifs significatifs, depuis l'incapacité de travail, qui a débuté le 20 décembre 1996, après l'accident survenu en avril de la même année. Le syndrome douloureux constamment présent et les difficultés permanentes de l'assuré à adopter une position statique compatible avec un travail expliquent l'appréciation de la capacité de travail. Les responsables du COPAI estiment qu'un travail d'aide à la conciergerie pourrait être possible, car le contact avec l'assuré est bon; celui-ci pourrait ainsi s'occuper de tâches d'accueil (habitants, fournisseurs, réparateurs, propriétaire), de contrôle (contrôle des travaux, de la buanderie, des clés, de locaux communs) et de surveillance, de même qu'assurer des heures de présence (répondre à la porte et au téléphone, préparer des plannings). Les

responsables du COPAI n'ont pas évalué plus avant la capacité de travail.

L'expertise rhumatologique, confiée par l'OAI au Dr K. _____, a posé le diagnostic de syndrome de douleur chronique, lombo-sciatalgies chroniques gauches persistantes et hernie discale L4-L5 gauche et a conclu à une capacité de travail de l'ordre de 50 % sur le plan uniquement somatique. Le Dr K. _____ émet toutefois cette appréciation en l'accompagnant de nombreuses restrictions : elle est strictement somatique et rhumatologique et fait abstraction de la problématique subjective qui domine le tableau; cet expert déclare en outre qu'avec ces restrictions, il y aurait lieu d'admettre qu'une capacité de travail significative de l'ordre de 50 % au moins doit exister, mais que sur une base d'appréciation purement et limitativement somatique, on pourrait reconnaître à l'assuré une capacité de travail dans une activité physique légère.

De ces constatations, il y a lieu de retenir que les seuls problèmes somatiques engendrent une incapacité de travail de 50 % et déterminent, après comparaison des revenus, une incapacité de gain de 62 %. Or, l'expert rhumatologue souligne abondamment, dans son expertise, la présence d'une composante psychologique, voire psychiatrique, sur laquelle il n'est pas en mesure de se prononcer et qui expliquerait l'évolution catastrophique du cas, évolution qu'il estime devoir se poursuivre, aucune mesure médicale ne pouvant améliorer la situation, ni des mesures professionnelles d'ailleurs, les spécialistes de la réadaptation ayant estimé l'assuré définitivement inapte à une activité quelconque avec un rendement économique significatif. Il relève que quelque chose d'existentiellement important a dû se passer durant l'année 1996, que les plaintes de l'assuré n'ont pas été entendues et que celui-ci a vraisemblablement épuisé ses ressources adaptatives.

C'est à la suite de cette expertise que l'OAI a confié un mandat d'expertise psychiatrique au Secteur psychiatrique [...] du canton de Vaud à J. _____. Cette expertise se fonde sur l'entier du dossier médical de l'assuré, sur des examens psychologiques de l'assuré et sur plusieurs entretiens entre les médecins chargés de l'expertise. Elle comprend une anam[n]èse complète et détaillée, prend en considération les plaintes exprimées et la situation médicale décrite est claire ; les conclusions du test de Rorschach notent un désert psychique qui fait penser à certaines structures psychotiques, dites psychoses vides; le diagnostic posé à la suite des examens effectués, selon l'ICD-10 est celui de "trouble de la personnalité rigide avec effondrement narcissique (F62.8); syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4); lombosciatalgies gauches chroniques persistantes (hernie discale L4-L5 gauche)". Les experts notent, dans la discussion du cas, que l'assuré est totalement recroquevillé sur sa douleur du membre inférieur gauche et que le tableau est dominé par le syndrome somatoforme douloureux persistant; l'assuré présente un effondrement narcissique depuis 1996, le rendant incapable de gagner sa vie; une surcharge psychogène n'est pas non plus à exclure, probablement liée à la structure de personnalité rigide ou psychotique ; l'assuré est dans une position de repli social depuis l'accident. En conclusion, sur la base de ces éléments, les experts estiment l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique à 100 %.

L'assuré remplit un certain nombre des critères énoncés par Mosimann, justifiant que la reprise d'une activité lucrative n'est pas exigible de sa part. En particulier, il note la structure psychotique de la personnalité, le fait que la reprise d'une activité lucrative ne paraît pas envisageable ni exigible, le mauvais pronostic en raison de l'affection corporelle, sans rémission durable et qui dure depuis plusieurs années avec des symptômes stables, et l'échec des traitements ; en outre, l'expert ne constate pas de divergences entre les douleurs et le comportement observé : les douleurs sont bien décrites et il n'y a pas de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anam[n]èse.

Dans son analyse de l'expertise, l'OAI a écarté les conclusions, celles-ci ne lui paraissant pas suffisamment motivées, de sorte qu'il n'a retenu une incapacité de travail que sur le plan exclusivement somatique.

A l'analyse de l'expertise psychiatrique du Dr V. _____, force est toutefois de constater que les conclusions de celle-ci reposent sur une analyse complète du dossier et sont suffisamment étayées pour qu'on puisse leur accorder pleine force probante, même si, peut-être de plus amples développements auraient mieux permis de cerner la question. Le dossier est donc complet et, compte tenu des critères développés par Mosimann, l'expertise psychiatrique doit l'emporter sur le rapport du Dr K. _____, sans qu'il soit nécessaire d'interpeller à nouveau les experts pour leur demander de développer leurs conclusions.

Fondé sur ces éléments, le tribunal de céans peut retenir que sur le plan somatique, l'atteinte entraîne une incapacité de travail à 50 % et l'incapacité sur le plan psychiatrique est de 100 %, en raison de l'importance du trouble somatoforme et du trouble de la personnalité rigide avec effondrement narcissique. Une incapacité totale doit donc être admise, entraînant le droit à une rente entière.

Au surplus, on relève que, même si, avec l'OAI on voulait écarter les conclusions de l'expertise psychiatrique, comme insuffisamment motivées, force serait toutefois de retenir de l'ensemble du dossier que le trouble somatoforme douloureux persistant n'est pas contesté, qu'il joue vraisemblablement un rôle dans l'incapacité de travail d'ordre somatique et qu'il doit augmenter. L'expert rhumatologue a d'ailleurs répété que son appréciation était strictement somatique et qu'elle ne tenait pas compte de la composante psychiatrique, dont il estimait l'existence comme probable. Or, une incapacité de nature psychiatrique, si faible soit-elle, qui viendrait s'ajouter à l'incapacité somatique incontestée de 50 %, permettrait déjà l'octroi d'une rente entière, sur la base de la comparaison des revenus.

En outre, même si l'on ne voulait se fonder que sur l'incapacité de travail somatique, ce qui ne paraît guère soutenable, vu le dossier médical et vu que l'on procède à l'évaluation de l'invalidité sur la base de la comparaison des revenus, le degré d'invalidité serait aussi supérieur aux 2/3.

5. Selon le tableau A1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires de 1998 de l'Office fédéral de la statistique (ESS), le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des hommes occupés par des tâches simples et répétitives (niveau d'exigence 4) s'élevait à 4'268 francs (13ème salaire compris) dans le secteur privé.

Toutefois, ce salaire standardisé se base sur une durée de 40 heures par semaine, ce qui est inférieur à l'horaire habituel moyen de travail de 41,9 heures dans les entreprises. Pour un salaire hebdomadaire de 41,9 heures, le salaire se monte ainsi à 4'471 fr. par mois, ou 53'652 fr. par an en 1998. Il convient en outre de tenir compte de la variation des salaires nominaux de 1998 à 1999, soit 0,3 % (La Vie économique 1999/12, annexe p. 28, Tableau B10.2). On aboutit ainsi à un montant mensuel arrondi de 4'484 fr. par mois ou de 53'808 fr. par an à plein temps.

En l'espèce, le recourant est capable de travailler à un taux d'activité de 50 %. Son gain d'invalidité s'élève par conséquent à 26'904 francs.

Il y a en outre lieu de tenir compte du fait que les personnes, atteintes dans leur santé et handicapées, même pour l'accomplissement de tâches auxiliaires légères, sont désavantagée, en ce qui concerne leur rémunération, par rapport aux salariés totalement productifs et pouvant être employés dans le même travail. Ainsi, le taux de salaire sera généralement inférieur à la moyenne. Selon l'expérience, on peut, dans de tels cas, réduire de 10 à 25 % le salaire indiqué dans le tableau. Toutefois, la déduction sur le salaire statistique ne saurait dépasser 25 % et ne doit pas intervenir automatiquement et schématiquement, mais seulement si, dans le cas concret, il existe des points d'accrochage pour fonder une telle réduction (ATF 126 V 75 = VSI 2000 p. 314 ; VSI 2000 p. 82).

Selon la jurisprudence, la réduction ne doit pas être opérée que sur les revenus tirés des statistiques, pour compenser ce que ces revenus peuvent avoir de schématique; en effet, la réduction peut aussi intervenir sur les salaires concrets retenus par l'AI ou la CNA (VSI 2001 p. 106; RAMA 1999 U 343 p. 412).

En effet, on se trouve manifestement dans un cas où les revenus d'invalidité retenus doivent être réduits en raison du handicap de l'assuré, de circonstances tenant notamment à ses douleurs, du fait qu'il doive en permanence changer de position, qu'il effectuait auparavant des travaux de force qu'il n'est plus en mesure d'accomplir et qu'il présente des manques de maîtrise et de continuité, de sorte que le salaire qu'il pourrait obtenir dans une activité légère serait réduit par rapport à celui obtenu par un assuré valide occupant la même fonction. Compte tenu de l'importance des limitations, une réduction de 25 % du salaire d'invalidité, qui est le maximum admis, ne paraît pas excessive. Cette réduction peut, selon la jurisprudence, intervenir aussi bien sur les salaires concrets retenus par l'OAI que sur les salaires résultant des statistiques, dans la mesure où il est tenu concrètement compte des limitations résultant du handicap. Au demeurant, si l'on se fondait sur les revenus résultant de l'ESS [...], qui sont souvent supérieurs à ceux résultant des enquêtes concrètes menées sur le plan local, on

aboutirait également, après réduction de 25 %, à un taux d'invalidité permettant l'octroi d'une rente entière ; en effet :

- revenus concrets de l'OAI : RH : 63'206 fr. - RI: 24'063 fr. - réduction de 25 %, soit de 6'015 fr. = 18'048 fr[ancs]; comparaison des revenus : RH : 63'206 fr. et RI : 18'048 fr. = 71,4 %.

- revenus selon l'ESS : 1998 à 41,9 h. = 4'471 fr. ou 53'652 fr. revalorisés 1999 : 53'902 fr., soit 26'904 francs à 50 % - réduction de 25 % = 6'726 fr.; comparaison des revenus : RH 63'206 fr. et RI 17'337 fr. = 72,5 %.

6. C'est donc à tort que l'OAI a refusé de servir au recourant une rente entière de l'assurance-invalidité. Enfin les mesures médicales sont inutiles au vu de l'état de santé du recourant et les mesures professionnelles vouées à l'échec, compte tenu de l'atteinte psychiatrique. En conséquence, l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er décembre 1997."

Le TASS a donc admis le recours de l'assuré, en jugeant que celui-ci avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 1997.

B. Une première procédure de révision d'office a été initiée en 2005.

Dans ce contexte, le Dr M. _____ a indiqué, le 9 décembre 2005, que l'état de santé de l'assuré restait stationnaire et qu'il n'y avait pas lieu d'attendre d'évolution favorable.

Cela étant, par communication du 4 octobre 2006, l'OAI a maintenu le droit de l'intéressé à une rente entière.

C. Une deuxième procédure de révision d'office a été engagée en 2010.

A cette occasion, le Dr M. _____ a signalé, le 30 mai 2010, que la situation de l'assuré demeurait inchangée.

C'est ainsi que, par communication du 13 avril 2010, l'office a informé l'assuré qu'il conservait son droit à une rente entière.

D. Dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision de la rente ordonnée d'office par l'OAI, celui-ci a remis le 15 mars 2012 un questionnaire à l'assuré. Complétant ce formulaire le 30 mars 2012, l'intéressé a signalé que son état de santé restait le même.

Interpellé par l'OAI, le Dr M. _____ a indiqué, dans un rapport du 30 avril 2012, que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, respectivement qu'il n'y avait pas de changement significatif depuis son précédent compte-rendu du 30 mars 2010. Concernant les diagnostics, il a retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant et des troubles de la personnalité avec troubles de l'attention. S'agissant de l'anamnèse, il a décrit ce qui suit :

"Nombreux accidents de travail à partir de 1995, puis lombosciatalgies chroniques et état dépressif, troubles de la personnalité et troubles de mémoire.
Objectivement, limitation de la mobilité.
Pronostic : pas d'amélioration à attendre."

Aux termes d'une « *fiche d'examen révision disposition finale (DIF)* » établie par l'OAI le 4 mai 2012, il était indiqué que le diagnostic déterminant était un « *TSD* ».

L'assuré a fait l'objet d'une expertise bidisciplinaire, dans le cadre de laquelle il a été examiné par le Dr B. _____, spécialiste en rhumatologie, et par le Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Chacun de ces spécialistes a ensuite fait part de ses conclusions séparément. S'agissant du Dr B. _____, il a notamment retenu ce qui suit dans son rapport du 28 août 2012 :

"4. DIAGNOSTICS

4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail

Nihil.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

**Cervicobrachialgies et lombalgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire.
- minime discopathie L4-L5 et L5-S1**

□ **Douleur du coude D sans substrat organique**
- **probable status post-bursectomie en 2008.**

APPRECIATION DU CAS

Nous sommes confrontés à un assuré de 55 ans, d'origine portugaise, en Suisse depuis 1980, marié, père d'une fille vivant avec l'assuré, sans formation professionnelle mais ayant travaillé dans un premier temps comme agriculteur puis, depuis 1982, comme chauffeur poids lourd dans une entreprise de construction. Il stoppe son activité en 1996 suite à une chute mineure ayant entraîné des lombalgies basses persistantes jusqu'à ce jour.

Du point de vue médical, il est connu pour un ulcère gastrique traité conservativement en 1984 et des lombalgies à répétitions depuis 1994 qui s'exacerbent suite à une chute mineure sur les fesses en décembre 1996. Malgré la prise en charge physiothérapeutique à sec et en piscine, on assiste à la persistance de la symptomatologie douloureuse. Actuellement, il se plaint de cervicobrachialgies et de lombalgies basses persistantes malgré un traitement.

Le status de ce jour met en évidence un syndrome cervicobrachial et lombovertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. L'examen frappe par la présence d'une hypercontracture de la musculature de la ceinture scapulaire et lombaire basse. Il est à noter qu'il n'y a que peu de signe non organique (2/5 selon Wadell). On ne retrouve que 10/18 points de douleurs insertionnelles.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiologique tant au niveau cervical que lombaire est rassurant. On note certes une minime diminution du trou de conjugaison en C3-C4 et une discopathie légère en L4-L5 et L5-S1 mais cependant peu significative et compatible avec l'évolution due à son âge.

Fort donc est de constater, la discordance entre les plaintes, l'impotence fonctionnelle de l'assuré et les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour.

Du point de vue thérapeutique, l'assuré devrait bénéficier de la reprise d'une prise en charge physiothérapeutique à sec et en piscine avec mobilisations et étirements voire en mobilisation selon les techniques de thérapie manuelle. L'utilisation d'une ceinture lombaire pourrait être proposée surtout lors des déplacements et le port de charges en porte-à-faux. L'utilisation d'un coussin orthopédique paraît également indiquée.

La poursuite de la médication antalgique avec adjonction d'une antalgie myorelaxante pourrait être proposée.

Du point de vue de son exigibilité, du point de vue rhumatologique, dans son ancienne activité de chauffeur poids lourds, sa capacité de travail peut être estimée à 100% avec diminution de rendement de 20% et ce de manière transitoire sur 3 mois au vu de la longue inactivité professionnelle.

Médico-théoriquement dans une activité adaptée, lui évitant des longs déplacements avec des ports de charges répétitifs de plus de 5kg avec long bras de levier, sa capacité de travail pourrait être totale.

Du point de vue rhumatologique, cette appréciation se différencie de celle d[u] [Dr K. _____] qui estime une IT de 50%. Son appréciation tient compte que : je cite « Les plaintes actuelles de l'assuré sont de nature essentiellement non organique »[.] Elle ne tient pas compte d'argument purement rhumatologique, intégrant possiblement une probable affection psychiatrique dans son appréciation globale.

A mon avis, le bilan radiologique ne s'est pas péjoré de manière significative, seules les douleurs, facteur subjectif et propre à chaque individu sont susceptibles d'entraîner une impotence fonctionnelle.

D'un point de vue interdisciplinaire [a]près discussion avec le Dr C. _____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité [...] antérieure de chauffeur poids lourd de 100% avec diminution de rendement de 20% et ce de manière transitoire sur 3 mois au vu de la longue inactivité professionnelle et dans une activité adapté[e] : de 100%. Le syndrome douloureux récurrent, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social ne présente pas de caractère incapacitant.

REPONSES AUX QUESTIONS

(en regard de l'appréciation consensuelle ci-dessus).

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés.

L'assuré présente une limitation fonctionnelle comportant les mouvements répétitifs en porte-à-faux, avec long bras de levier, les mouvements d'antéversion répétitifs et le port de charges de plus de 5-10kg répétitif ainsi que les longs déplacements de plus de 1 heure.

Du point de vue quantitatif :

Du point de vue rhumatologique, dans son ancienne activité de chauffeur de poids lourds à 100%.

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

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Depuis 1997. L'assuré stoppe son activité professionnelle en 1996. Vu l'octroi d'une rente en 1999, il n'a pas repris d'activité professionnelle.

Du point de vue purement rhumatologique, il n'y a pas lieu de justifier une incapacité de travail.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?

Cf. point 2.1

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

Oui.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ?

De 20% et ce de manière transitoire sur 3 mois au vu de la longue inactivité professionnelle.

2.5 Depuis quand au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Du point de vue rhumatologique, dans son ancienne activité et dans une activité adaptée, il n'y a pas d'incapacité de travail à faire valoir.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Depuis décembre 1996, l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle étant détenteur d'une rente AI.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Non. Un essai COPAI a déjà été effectué sans succès avant l'octroi de la rente.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

2.1 Si oui par quelles mesures ?

Du point de vue rhumatologique, en lui évitant d'effectuer des mouvements en porte-à-faux, de porter des charges de plus de 5-10kg et d'alterner les positions assises et debout.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Du point de vue rhumatologique, théoriquement, bonne.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assur[é] ?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Cf. 2.1

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

100%

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Dans une activité professionnelle adaptée, il ne devrait pas présenter de diminution de rendement."

Quant au Dr C._____, il a en particulier relevé les points suivants dans son rapport du 31 août 2012 :

"Diagnostics

■ *Avec répercussion sur la capacité de travail*

Aucun sur le plan psychiatrique

■ *Sans répercussion sur la capacité de travail*

Dysthymie F34.1

Appréciation du cas

Assuré de 55 ans, originaire du Portugal, sans formation professionnelle, en Suisse depuis 1980, ayant travaillé de 1982 à 1997 comme manoeuvre de chantier puis chauffeur de poids lourds, au bénéfice d'une rente AI entière à 72,5% dès le 01 décembre 1997 sur décision juridique par arrêt du Tribunal Cantonal des Assurances en date du 12 décembre 2001. Première révision actuelle.

L'examen psychiatrique du 29 août 2012 met en évidence :

- Les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec moral bon, sans véritable tristesse ni irritabilité, sans ruminations existentielles ni idées noires, sans fatigue ou trouble de concentration ou de mémoire, sans anhédonie, sans repli social, sans perte d'estime de lui-même, sommeil globalement bon, appétit conservé.

Le tableau est particulier de par sa fluctuation, en raison, selon les dires de l'assuré d'une irritabilité en fonction des douleurs, avec, à 50% du temps des moments où il se [sent] moins bien et s'isole, à raison de 50% du temps, des moments où il se sent mieux et rencontre ses amis.

L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais, la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, donnent mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assuré,

- Une absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic particulier et incapacitant,
- Une absence de signe floride de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de personnalité,

- L'existence d'une symptomatologie algique, sans grande intensité ni détresse.

L'existence d'une symptomatologie algique pourrait faire évoquer un diagnostic de trouble somatoforme, mais manquent alors l'intensité des plaintes et la détresse ; l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social, ne permettent pas d'envisager l'aspect incapacitant de cet hypothétique trouble somatoforme, pas plus que le fait qu'aucun échec au traitement ne peut être envisager puisqu'aucun traitement psychiatrique n'a été envisagé. Un profit tiré de la maladie est difficile à mettre en évidence, il est clair que le tableau est installé depuis 1996 cependant les principaux critères de la jurisprudence ne sont pas remplis ce que ne permet pas d'envisager l'aspect incapacitant de ce tableau douloureux.

La discussion de ce cas complexe ne peut se passer d'une analyse critique de l'expertise psychiatrique du 13 novembre 2000, sous la signature des Drs V. _____ et W. _____ et sur laquelle repose l'argumentaire du Tribunal Cantonal des Assurances. Nous savons bien que la décision juridique est passée en force, mais il nous apparaît que la morale serait bafouée si nous ne reprenions pas cet aspect de l'histoire asséurologique de ce patient. En effet, les différents diagnostics proposés dans cette expertise méritent un éclairage plus approfondi, avec :

1. Pour ce qui concerne le trouble de personnalité rigide avec effondrement narcissique F62.8, il serait bon de se rappeler que cette cotation CIM-10 renvoie à un diagnostic de « Autre modification durable de la personnalité, inclure : trouble durable de la personnalité après des expériences non mentionnées F62.0 et F62.1, comme trouble lié à un syndrome algique chronique ou à une modification durable de la personnalité après un deuil ». Il serait bon aussi de se souvenir que l'ensemble de cette cotation (*modification durable de la personnalité*) suppose que soient étudiés, comme l'indique la CIM-10 page 188, l'existence d'une attitude hostile et méfiante envers le monde, d'un retrait social, de sentiment de vide et perte d'espoir, d'impression permanente d'être sur la brèche comme si l'on était constamment menacé, d'un détachement. Malheureusement, ces différents points n'ont pas été élaborés dans l'expertise psychiatrique de l'an 2000, ce qui met en doute l'aspect probant de ce rapport.
2. Pour ce qui concerne le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, et nous n'avons pas oublié que l'expertise psychiatrique date de 2000, mais l'arrêt du Tribunal Cantonal des Assurances en date du 12 décembre 2001 mentionne, page 20, que l'assuré remplit un certain nombre de critères énoncés par Mosimann, justifiant que la reprise d'une activité lucrative n'est pas exigible de sa part. En particulier, sont notés la structure psychotique de la personnalité, le fait qu'une activité lucrative ne paraît pas envisageable ni exigible, le mauvais pronostic en raison de l'affection corporelle, sans rémission durable et qui dure depuis plusieurs années avec des symptômes stables et l'échec au traitement.

Nous voudrions cependant attirer l'attention sur le fait que

- Ces différents critères ne participent pas pleinement aux différents critères de sévérité, en particulier l'appréciation d'une pathologie de la série psychotique ne peut reposer uniquement sur un test psychologique et nous sommes frappé qu'aucune référence clinique ou symptomatique psychotique n'apparaisse dans ce rapport,
- Nous n'avons pas non plus d'autre élément anxieux, dépressif, floride psychotique ou en faveur d'un trouble de personnalité selon les critères CIM-10, permettant d'envisager un diagnostic significatif particulier et incapacitant dans ce type de domaine, et il est à noter que l'assuré n'a jamais consulté, été hospitalisé ou pris de traitement psychiatrique, il se sent complètement indemne de toute pathologie psychiatrique. Il n'y a donc pas d'élément médical sérieux pour une comorbidité psychiatrique.

Nous répétons que nous avons pris bonne note que la décision juridique est passée en force mais il paraît curieux aussi que depuis 1997, aucun rapport médical n'apparaisse au dossier qui nous a [été] transmis.

Force est de constater que la symptomatologie et le tableau clinique retrouvés lors du présent examen du 29 août 2012, témoigne d'une symptomatologie légère, qui,

- soit doit être pris comme l'évolution favorable du tableau initial mentionné dans l'expertise psychiatrique,
- soit, comme le signale le rapport d'expertise psychiatrique du 13 novembre 2000, doit être compris comme l'évolution une surcharge psychogène à l'époque, qui est venue biaiser les conclusions de cette expertise

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatriques. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer.

Sur le plan psychiatrique, nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 29.08.2012 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée. Il est à noter cependant :

- qu'en l'absence de tout traitement et de toute date d'évolution favorable, force est aussi de constater que l'évolution actuelle ne peut être prise en compte qu'à compter du présent examen, et il est clair que le pronostic n'est pas vraiment favorable dans la mesure où le fait d'avoir été au bénéfice d'une rente entière aussi longtemps ne va permettre de mobiliser toutes les ressources favorables à une reprise de travail,
- que dans ces conditions, nous proposons une reprise de travail progressive à 100% à trois mois à compter du présent examen.

Sur le plan bi-disciplinaire, après discussion avec notre Collègue le Dr B._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré

- dans son activité antérieure de chauffeur poids lourd, est estimée à 100% avec diminution de rendement de 20% et ce de manière transitoire sur 3 mois au vu de la longue inactivité professionnelle,
- dans une activité adaptée, est estimée à 100%.

Le syndrome douloureux récurrent, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social ne présente pas de caractère incapacitant.

Les limitations fonctionnelles

Aucune sur le plan psychiatrique

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

L'assuré est au bénéfice d'une rente entière à compter du 01 décembre 1997

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Evolution favorable

Concernant la capacité de travail exigible

- Dans l'activité habituelle sur le plan psychiatrique, à 100 %, à trois mois à compter du présent examen.
- Dans une activité adaptée sur le plan psychiatrique, à 100 %, à trois mois à compter du présent examen.
- Nous ne voyons pas de raison médicale, d'ordre psychiatrique à une réadaptation professionnelle."

Dans un avis du 14 novembre 2012, le Dr Q._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a adhéré aux conclusions des experts.

Par projet de décision du 22 janvier 2013, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait supprimer le droit à la rente d'invalidité en se basant sur les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'office a relevé en particulier que selon l'expertise bidisciplinaire mise en œuvre, l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations.

Par lettre de son conseil du 21 février 2013, l'assuré a contesté ce projet, faisant valoir qu'il avait eu 55 ans le 16 mai 2012 et que les dispositions finales invoquées ne lui étaient dès lors pas applicables.

Par décision du 1^{er} mars 2013, l'OAI a confirmé son projet précité. Dans sa lettre explicative du même jour, l'office a exposé que les dispositions finales en cause ne s'appliquaient pas aux personnes âgées de 55 ans lors de l'entrée en vigueur de la modification de la LAI, au 1^{er} janvier 2012. Or, à cette date, l'assuré était âgé de 54 ans de sorte qu'il était concerné par ces dispositions.

E. Agissant par l'entremise de son mandataire, A. _____ a recouru le 8 mars 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme en ce sens qu'il soit dit que l'office intimé ne pouvait, à la date de cette décision, ni supprimer ni diminuer le droit à une rente entière d'invalidité. En substance, le recourant fait valoir que les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI ne lui sont pas applicables puisque la rente litigieuse a été, selon lui, octroyée pour des lombosciatalgies gauches chroniques persistantes, et non pour un syndrome dit « *sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique* » au sens de ces dispositions.

Dans sa réponse du 16 mai 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il explique que la rente a été supprimée au terme d'une révision effectuée en application de la lettre a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 et il expose ce qui suit :

"Des lombo-sciatalgies ont certes été diagnostiquées par l'expert K. _____, lequel a estimé qu'elles justifiaient une incapacité de travail partielle. Toutefois, le TCA a relevé que le tableau était dominé par le syndrome somatoforme douloureux (arrêt du 12 décembre 2001, p. 20), lequel a été diagnostiqué par l'expert psychiatre, le Dr V. _____. Il a également souligné que « l'expertise psychiatrique doit l'emporter sur le rapport du Dr K. _____ », la valeur probante de la première citée ayant été explicitement reconnue (idem, p. 21). L'expert psychiatre a conclu à une incapacité de travail totale en toute activité. Dans ces conditions, le TCA a estimé qu' « une incapacité de travail totale doit donc être admise, entraînant le droit à une rente entière » (idem, p. 21).

On voit déjà, à ce stade, que ce ne sont pas les lombo-sciatalgies qui ont mené à l'octroi d'une rente entière, mais bien plutôt l'affection psychiatrique. Mais un argument encore plus déterminant doit être mis en évidence.

L'expert K. _____ a retenu, sous l'angle strictement somatique, une capacité de travail de 50% dans une activité physique légère (idem, p. 4). Ceci implique que, si elles avaient été déterminantes du point de vue de l'octroi de la rente, il eût au préalable fallu déterminer si des mesures de réadaptation étaient susceptibles de réduire le préjudice économique. Or, le TCA n'est pas allé dans ce sens, au contraire : il a exclu la mise en oeuvre de telles mesures en raison du trouble psychiatrique (idem, consid. 6). C'est donc bien ce dernier qui a justifié l'octroi d'une rente.

Nous en concluons donc que nous étions bien fondés à procéder en l'espèce à une révision effectuée en application de la lettre a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011.

Quant à la manière dont ladite révision a été instruite, le recourant n'avance aucun réel grief.

Nous préavisons en conséquence pour le rejet du recours dont il s'agit et la confirmation de la décision entreprise."

Les parties ont confirmé leurs conclusions lors des échanges ultérieurs d'écritures.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et

contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la suppression, par voie de révision, du droit du recourant à une rente entière d'invalidité.

3. 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 (cf. 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 (cf. 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.

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) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et les références citées, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c ; cf. TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

4. a) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un

état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (cf. ATF 112 V 372 consid. 2b et 112 V 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

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

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

Trois conditions doivent être réalisées pour que puisse avoir lieu une révision du droit à la rente fondée sur l'al. 1 de la let. a des dispositions finales, étant précisé qu'il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue. Premièrement, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit avoir été accordée uniquement (« *ausschliesslich* ») en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Ce n'est que si cette condition est remplie qu'une procédure de révision fondée sur les dispositions finales peut être introduite. Deuxièmement, au

moment de la révision, seul un tel diagnostic doit exister ; il convient également d'examiner si l'état de santé s'est dégradé et si un autre diagnostic peut être posé en se fondant, cas échéant, sur une expertise. Enfin, il faut vérifier si les "critères de Foerster" sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (cf. ATF 139 V 547 consid. 10.1 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 5.2, 8C_436/2013 du 23 janvier 2014 consid. 4 et 8C_505/2013 du 8 janvier 2014 consid. 4.1).

L'application de l'al. 1 de la let. a des dispositions finales découle exclusivement de la nature de l'atteinte à la santé ayant fondé le droit à la rente. Il n'y a pas lieu d'étendre l'application de cette réglementation par analogie aux cas dans lesquels il existe une pathologie objectivée, mais où l'on peut se demander si celle-ci justifie l'intégralité des plaintes exprimées par le patient (cf. TF 8C_738/2013 du 8 avril 2014 consid. 3.1.2.1 et TF 9C_379/2013 du 13 novembre 2013 consid. 3.2.3).

Le législateur a toutefois prévu - de manière exhaustive (cf. TF 8C_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 4) - des situations dans lesquelles il est inéquitable de procéder à une révision du droit à la rente fondée sur les dispositions finales introduites par le premier volet de la 6^e révision de l'AI. Ainsi, l'al. 4 de la let. a des dispositions finales précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen.

5. a) En l'occurrence, il convient tout d'abord de relever que les circonstances du cas particulier ne tombent pas sous le coup des motifs d'exclusion prévus à l'al. 4 de la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI.

A cet égard, on notera qu'à la suite du projet de décision de l'OAI du 22 janvier 2013, l'assuré a certes fait valoir, dans ses déterminations du 21 février 2013, que son âge faisait obstacle à toute

révision du droit à la rente sur la base des dispositions finales. Cette objection s'avère néanmoins dépourvue de fondement dès lors qu'à la date déterminante de l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation, au 1^{er} janvier 2012, le recourant - né le [...] 1957 - était âgé non pas de 55 ans mais de 54 ans. A cela s'ajoute qu'au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen, en mars 2012, le recourant, mis au bénéfice d'une rente d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 1997 (cf. ATF 139 V 442 consid. 4.3), touchait cette prestation depuis moins de 15 ans.

Il suit de là que, sur le principe, les dispositions finales introduites dans le cadre du premier volet de la 6^e révision de l'AI sont applicables au recourant.

b) Reste à savoir si, sur le fond, l'OAI était fondé à supprimer le droit à la rente de l'assuré en application des dispositions finales précitées.

C'est ici le lieu de rappeler qu'à l'origine, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité conformément au jugement du TASS du 12 décembre 2001. Partant, il convient d'examiner si, pour reconnaître le droit à la rente, le TASS s'est uniquement fondé sur un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tel un trouble somatoforme douloureux. En effet, ce n'est qu'en cas de vérification de cette hypothèse qu'une éventuelle suppression du droit à la rente pourrait intervenir sur la base de l'al. 1 de la let. a des dispositions finales, conformément à la première des trois conditions posées à l'application de cette réglementation (cf. consid. 4b supra).

A cet égard, il faut relever que dans sa décision du 2 avril 2001 ayant fait l'objet du jugement cantonal du 12 décembre 2001, l'OAI avait alloué une demi-rente à l'assuré en se fondant sur les conclusions de l'expertise du Dr K._____. Aux termes de son rapport d'expertise du 4 avril 2000, ce dernier médecin avait certes diagnostiqué un syndrome de douleur chronique mais également des lombosciatalgies gauches chroniques persistantes ainsi qu'une hernie discale L4-L5 gauche (cf.

rapport d'expertise du 4 avril 2000 p. 8). L'expert avait observé en particulier que si l'on voulait s'en tenir strictement à des considérations somatiques / rhumatologiques, en faisant abstraction de la problématique subjective dominant le tableau, il y avait alors lieu d'admettre l'existence d'une capacité de travail significative, de l'ordre de 50% au moins, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (cf. ibid. p. 9). Par ailleurs, dans le cadre de sa demande initiale de prestations, l'assuré a encore fait l'objet d'une expertise psychiatrique réalisée par les Drs V._____ et W._____, lesquels ont retenu les diagnostics de trouble de la personnalité rigide avec effondrement narcissique, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de lombosciatalgies gauches chroniques persistantes avec hernie discale L4-L5 gauche (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 13 novembre 2000 p. 4). Il est vrai qu'à l'époque, l'OAI a écarté cette expertise au profit de celle du Dr K._____. Il n'en demeure pas moins que dans son jugement du 12 décembre 2001, le TASS a considéré sur la base des constatations du Dr K._____ « *que les seuls problèmes somatiques engendr[ai]ent une incapacité de travail de 50 % et détermin[ai]ent, après comparaison des revenus, une incapacité de gain de 62 %* » (cf. jugement du 12 décembre 2001 consid. 4d p. 21). De surcroît, l'instance cantonale a retenu que « *[l]e dossier [était] donc complet et [que], compte tenu des critères développés par Mosimann, l'expertise psychiatrique d[eva]it l'emporter sur le rapport du Dr K._____, sans qu'il soit nécessaire d'interpeller à nouveau les experts pour leur demande de développer leurs conclusions* » (cf. ibid. consid. 4d p. 23). Fondé sur ces éléments, le TASS a conclu que, sur le plan somatique, l'atteinte entraînait une incapacité de travail de 50% et que l'incapacité sur le plan psychiatrique était de 100% en raison de l'importance du trouble somatoforme et du trouble de la personnalité rigide avec effondrement narcissique, ce qui justifiait en définitive une incapacité totale entraînant le droit à une rente entière (cf. ibid. consid. 4d p. 23).

A l'aune de ces considérations, il apparaît donc clairement que le recourant n'a pas été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité uniquement en raison d'un trouble somatoforme douloureux (ou tout autre

syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique). Il s'ensuit que l'intimé ne pouvait se fonder sur l'al. 1 de la let. a des dispositions finales pour procéder à la révision - singulièrement à la suppression - du droit à la rente. En ce sens, la décision attaquée ne saurait être confirmée.

c) Par substitution de motifs, il y a encore lieu d'examiner l'affaire sous l'angle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Dans ce contexte, il faut plus précisément de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis le jugement du TASS du 12 décembre 2001. A ce propos, il sied de relever que tant la communication du 4 octobre 2006 que la communication du 13 avril 2010 ne sont pas pertinentes pour procéder à la comparaison des situations dans le temps, dès lors qu'il s'agit de simples communications, dépourvues d'examen matériel du droit à la rente et sans appréciation des preuves ; en particulier, chacune de ces deux communication repose uniquement sur un rapport du médecin traitant qui n'a pas été soumis au SMR pour appréciation.

Cela étant, il convient de déterminer si les expertises rhumatologique et psychiatrique réalisées en 2012 par les Drs B._____ et C._____ permettent de conclure à un changement notable - singulièrement à une amélioration - de l'état de santé du recourant par rapport à la situation qui prévalait lors du jugement cantonal du 12 décembre 2001, lui-même fondé sur l'expertise rhumatologique effectuée par le Dr K._____ ainsi que sur l'expertise psychiatrique conduite par les Drs V._____ et W._____. Or, tel n'est pas le cas. Sous l'angle psychiatrique, il est vrai que le Dr C._____ a fait mention d'une évolution favorable (cf. rapport d'expertise du 31 août 2012 p. 7). Il n'a toutefois pas réellement développé de raisonnement médical concret et objectif sur le sujet, mais s'est bien plutôt attaché à affirmer ses propres conclusions et à expliquer en quoi il estimait critiquables celles du rapport d'expertise des Drs V._____ et W._____ du 13 novembre 2000 (cf. ibid. p. 5 ss),

dont il a mis en doute la valeur probante (cf. *ibid.* p. 6). A lire le Dr C._____, les experts psychiatres intervenus en 2000 se seraient donc fourvoyés. Il faut néanmoins souligner que le but d'une procédure de révision n'est pas de revenir sur les avis médicaux ayant entraîné l'octroi initial de prestations d'assurance, mais uniquement de chercher à savoir si l'état de santé de la personne concernée a évolué depuis lors - point essentiel sur lequel le Dr C._____ ne s'est pourtant prononcé que laconiquement. Il apparaît ainsi qu'en définitive ce médecin s'est contenté de fournir une appréciation différente d'une même situation, ce qui ne saurait ouvrir la voie de la révision. Le même constat s'impose sous l'angle rhumatologique. A cet égard, on notera que le Dr B._____ n'a signalé aucun élément pertinent plaidant dans le sens d'une évolution favorable des troubles somatiques du recourant, après comparaison avec la situation décrite douze ans plus tôt par le Dr K._____. Bien au contraire, le Dr B._____ a explicitement précisé que son appréciation divergeait de celle du Dr K._____ et a ajouté qu'à son avis le bilan radiologique ne s'était pas péjoré de manière significative (cf. rapport d'expertise du 28 août 2012 p. 11). En ce sens, le Dr B._____ a donc lui aussi procédé à une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée, ce qui ne peut justifier une révision.

Par conséquent, il apparaît que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA ne sont pas réunies.

6. a) Il découle de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision entreprise annulée.

b) 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 (cf. art. 69 al. 1 bis LAI). L'OAI succombant, des frais judiciaires à hauteur de 400 fr. sont mis à sa charge.

Le recourant, qui a obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens d'un montant de 2'500 fr. (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art 61 let. g LPGGA).

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

- I. Le recours déposé le 8 mars 2013 par A. _____ est admis.
- II. La décision rendue le 1^{er} mars 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. Une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :