

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 juin 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Röthenbacher et Lanz Pleines
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

Y._____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 4 et 28 LAI; 17 LPG

E n f a i t :

A. a) Y._____, né en 1955, a travaillé en qualité de paysagiste dans le cadre d'un emploi temporaire auprès d'A._____ à [...] du 10 mars 1997 au 3 avril 1998. Suite à un effort professionnel en avril 1998, il a présenté des cervico-scapulalgies gauches engendrant un arrêt de travail.

Il a déposé le 15 mai 1999 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : OAI) tendant à l'octroi d'une rente. Dans un rapport médical du 23 février 2000, le Dr K._____, médecin-assistant au Centre D._____ [...], a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée et syndrome physique (F43.21) et de facteur de stress lié à la guerre et à des expériences catastrophiques (Z65.5). Il a attesté une incapacité de travail à 100 % dès le 6 avril 1998 pour une durée indéterminée. Dans un rapport médical du 22 août 2000, le Dr M._____, spécialiste en médecine générale, a posé les diagnostics de troubles somatoformes douloureux persistants et d'état dépressif sévère et a confirmé une incapacité totale de travail dès le 6 avril 1998.

b) Par prononcé du 28 décembre 2000, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une rente d'invalidité entière dès le 6 avril 1999 compte tenu de ses problèmes de santé.

La première procédure de révision instruite en 2001 n'a mis en évidence aucun élément susceptible de modifier le droit à la rente (communication du 29 août 2002).

Dans le cadre de la révision de la rente mise en œuvre par l'OAI en juin 2004 et compte tenu d'une demande d'allocation d'impotence déposée dans l'intervalle par l'assuré, ce dernier a rempli un formulaire le 17 juillet 2004, en indiquant notamment que son état de santé était toujours le même. Dans un rapport médical du 15 octobre 2004, la Dresse

N._____, médecin-assistante à O._____ à [...], a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F.45.4) et de facteurs de stress liés à la guerre et à des expériences catastrophiques (Z65.5).

Compte tenu de ces éléments, l'OAI a mandaté le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) pour la réalisation d'une expertise rhumatologique et psychiatrique. Dans un rapport d'expertise du 22 mai 2006, faisant suite à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, les Drs P._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie, n'ont retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Ils ont posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1), de troubles statiques et dégénératifs mineurs du rachis lombaire en parfaite adéquation avec l'âge de l'assuré et de troubles factices associés à un comportement de type hystérique (F68.1). Ils ont précisé que "comme l'assuré avait interrompu son suivi psychiatrique à l'O._____ [...] en juin 2005, ses symptômes dépressifs ont forcément dû être amendés à cette période".

En date du 30 mai 2006, la Dresse L._____ du SMR a considéré au vu de l'expertise précitée que depuis juillet 2005, l'assuré ne présentait plus aucune atteinte à la santé invalidante et toute activité adaptée aux compétences professionnelles était exigible à 100 %.

c) En date du 12 juin 2006, l'OAI a adressé à Y._____ une décision de suppression de la rente d'invalidité avec effet au 31 juillet 2006. Dans une seconde décision également datée du 12 juin 2006, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent. En date du 12 juillet 2006, le prénommé, par l'intermédiaire de son mandataire, a formé opposition contre la décision relative à la suppression de la rente AI. L'assuré a relevé que l'avis de ses psychiatres traitants devait être préféré aux conclusions du rapport du SMR, qui ne faisait qu'apprécier différemment un état de santé inchangé depuis l'octroi de la rente à 100 %.

Par décision sur opposition du 16 mai 2008, l'OAI a confirmé la suppression de la rente d'invalidité de l'assuré. Il a considéré que la comparaison de la situation actuelle avec les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la première décision permettait de constater que la situation s'était modifiée au point d'influencer les droits de l'intéressé, si bien que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA étaient remplies.

B. a) Par acte de son mandataire du 16 juin 2008, Y. _____ a recouru contre cette décision, en concluant à l'admission de son recours et à l'annulation de la décision attaquée, l'intéressé conservant le droit à la rente de 100 %, sous suite de frais et dépens. Il allègue que l'amélioration de son état de santé relevée dans la décision entreprise ne repose sur aucun élément objectif. Ainsi, le rapport du SMR sur lequel s'est basé l'OAI est en décalage total avec les différents rapports déposés par les rapports des médecins qu'il a consultés. Il indique en outre qu'il est suivi à l'O. _____ depuis septembre 1998 et qu'il se présente régulièrement aux rendez-vous tous les deux mois. Il admet qu'une interruption passagère est intervenue, mais durant une très brève période en raison d'un manque de personnel à l'O. _____. Il produit à cet effet un avis médical de l'O. _____ du 6 juin 2008.

b) Dans sa réponse du 19 septembre 2008, l'OAI se fonde sur un avis médical du SMR du 4 septembre 2008 qui confirme les conclusions du rapport d'examen clinique du 22 mai 2006, l'avis de l'O. _____ démontrant que l'état de santé psychiatrique de l'assuré n'est pas préoccupant.

c) Dans ses explications complémentaires du 15 octobre 2008, le recourant indique que le fait de ne pas avoir été renvoyé à consulter un autre thérapeute ne saurait signifier que son état de santé psychiatrique devait être qualifié de rassurant, respectivement qu'il exclut tout versement d'une rente AI. Son état de santé demeure préoccupant, quoiqu'en dise l'intimé.

d) Dans sa duplique du 14 novembre 2009, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (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'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, - à l'époque le Tribunal des assurances - est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD; 117 LPA-VD).

2. Le litige a pour objet le point de savoir si l'invalidité du recourant s'est modifiée - de manière à influencer son droit à la rente - entre le 28 décembre 2000, date de la décision initiale par laquelle cette prestation lui a été accordée, et le 16 mai 2008, date de la décision litigieuse

a) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou

encore supprimée. 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. 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 LPGGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5., 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). 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).

b) Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Ainsi, le Tribunal fédéral des assurances a maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels ou inversement (ATF 119 V 478 consid. 1b/aa, 113 V 275 consid. 1a et les références).

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGGA), il faut donc examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA], méthode

spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assurée, si elle était demeurée valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assurée, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b; VSI 1996 p. 209 consid. 1c). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

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 (art. 8 al. 1 LPGA et 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

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 (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. Le recourant fait grief à l'intimé d'avoir violé le droit fédéral en considérant que les conditions d'une révision étaient réalisées en l'espèce. L'assuré estime qu'une juste appréciation des pièces médicales disponibles ne pouvait amener l'intimé à privilégier le rapport d'expertise au détriment de celui des médecins traitants. Il ne ressortirait en effet pas du dossier que son état de santé aurait subi une évolution positive, l'ensemble des médecins l'ayant pris en charge ayant attesté un état de santé stationnaire, voire une péjoration.

Les investigations médicales pratiquées dans le cas d'espèce n'ont révélé chez le recourant aucune atteinte somatique susceptible, par elle-même, d'entraîner une incapacité de travail et de gain d'une certaine importance. En revanche, le tableau clinique révèle une problématique de nature essentiellement psychique dont il convient d'examiner le caractère invalidant.

a) Il y a lieu de constater qu'une rente entière a été octroyée à l'assuré en date du 28 décembre 2000 avec effet au 6 avril 1999 en raison d'une maladie de longue durée, le numéro de l'infirmité retenu étant le 646. Ce code comprend des pathologies psychiques difficiles à classer telles que les troubles dépressifs, les cas des états limites (borderline) ou les névroses. Dans un rapport médical du 23 février 2000, le Dr K. _____ avait en effet posé les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée et syndrome physique (F43.21) et de facteur de stress lié à la guerre et à des expériences catastrophiques (Z65.5). Dans son rapport d'expertise du 22 mai 2006, la Dresse Q. _____ a conclu que le recourant ne présentait plus les troubles précités, mais uniquement une

dysthymie non invalidante. La psychiatre a ainsi exclu l'existence d'une dépression à caractère invalidant en raison de la qualité des capacités cognitives de l'intéressé, de l'absence totale de troubles de l'attention et de la concentration, de la capacité de retranscrire son anamnèse avec précision, de la présence d'une vie sociale riche, d'un entourage constitué par de nombreux membres de la famille qui s'invitent réciproquement, le fait qu'il conduise sa voiture, certes pour de courts trajets, mais qu'il puisse voyager jusqu'en [...] en voiture, qu'il s'intéresse à l'actualité de son pays, qu'il se préoccupe de l'état de santé de son fils et qu'il n'a pas d'idéation suicidaire. Par ailleurs, la spécialiste a fait état de discordances au niveau des explications fournies, l'assuré justifiant à l'époque de l'octroi de la rente une dépression consécutive à la découverte en juin 1997 de la destruction de sa maison au pays (rapport médical du 23 février 2000 du Dr K. _____), alors que lors de l'expertise, il a parlé des préoccupations vis-à-vis de l'état de santé de son fils comme cause de la dépression alléguée. En outre, elle a constaté que l'assuré avait refusé d'être hospitalisé en milieu psychiatrique par crainte de préjudicer la scolarité de sa fille, élément difficilement concevable chez un assuré qui, s'il était sévèrement déprimé, aurait justement besoin de soutien. En effet, un individu sévèrement déprimé ne peut pas se préoccuper de la pensée d'autrui, la maladie dépressive empêchant par définition cette capacité. Les plaintes de l'assuré relatives à sa situation financière difficile mettaient également en doute la crédibilité de l'existence d'une dépression.

Le rapport d'examen psychiatrique du SMR du 22 mai 2006 répond en tous points aux critères formels retenus par la jurisprudence pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical (ATF 125 V 352, consid. 3a et les références). Il contient une anamnèse complète et un résumé des renseignements tirés du dossier; il fait également état des indications subjectives de l'intéressé ainsi que du résultat des observations faites au cours de l'examen clinique ("status psychiatrique"); les conclusions auxquelles il a abouti sont motivées de manière convaincante. Les médecins de l'O. _____ dans leur rapport du 6 juin 2008, se limitent en revanche à poser le diagnostic d'épisode dépressif

sévère sans symptômes psychotiques, sans toutefois procéder à une description de ce dernier. Ils ne se prononcent pas non plus sur l'évaluation du SMR. A l'examen, les éléments du rapport précité sont purement subjectifs, l'O._____ ayant simplement reproduit les plaintes du patient.

b) Il y a en outre lieu de constater que le diagnostic de trouble somatoforme, posé par les médecins de l'O._____, n'a été retenu ni par le Dr K._____, ni par l'intimé à l'époque de l'octroi de la rente. Ledit diagnostic est, au demeurant, très peu étayé par les médecins de l'O._____, qui se sont limités à relever que la symptomatologie dépressive se mêle à la symptomatologie douloureuse. Dans ces circonstances, le rapport des médecins de l'O._____ apparaît insuffisamment motivé. Dans leur rapport d'expertise du 22 mai 2006, les Drs P._____ et Q._____ ont de manière convaincante conclu que le recourant ne souffrait d'aucune affection corporelle chronique, qu'il ne subissait pas de retrait social, ni ne présentait un état psychique cristallisé et que les critères permettant d'admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux n'étaient pas réunis, de sorte qu'en l'absence d'une autre affection invalidante, ils ont estimé, en toute état de cause, qu'aucune incapacité de travail ne pouvait être admise.

Par conséquent, le rapport des médecins de l'O._____ n'est pas de nature à mettre en doute les conclusions de l'expertise du SMR, à savoir que le recourant présente actuellement des troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire mineurs en parfaite adéquation avec son âge, cette atteinte ne limitant cependant pas la capacité de travail de l'assuré dans l'activité qu'il a exercée antérieurement (paysagiste) ou toute autre activité adaptée.

c) Les experts du SMR ont estimé qu'il était plausible de retenir "la disparition" du diagnostic de trouble dépressif sévère dès juillet 2005 en relation avec l'interruption du suivi psychiatrique en juin 2005. Certes, l'assuré a été pris en charge sur le plan psychiatrique, mais la fréquence des entretiens s'est limitée à deux mois. Par la suite, soit de septembre

2007 à avril 2008, le recourant n'a absolument pas été pris en charge. Or, si son état de santé psychiatrique avait été grave, il aurait été adressé auprès d'un autre thérapeute, ce qui n'a pas été le cas.

5. Au regard de ce qui précède, il apparaît que le trouble dépressif, qui seul avait justifié l'octroi d'une rente entière en 2000, est d'une intensité moins grande qu'à l'époque, puisque seule une dysthymie peut être à présent retenue. Un tel diagnostic s'avère dès lors insuffisant pour retenir un état dépressif majeur. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

6. 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 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 16 mai 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, par 250 francs, sont mis à la charge de Y._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Munoz (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 :