

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 octobre 2017

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
MM. Neu et Piguet, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me François Magnin, avocat à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en [...], était engagé à plein temps en tant que maçon par la société K._____ SA à [...], lorsqu'il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente, le 8 juillet 1998, en raison de douleurs lombaires depuis le 16 décembre 1997.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins consultés (rapports du 4 août 1998 du Dr G._____, médecin traitant, et du 18 août 1998 du Dr R._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation de l'Hôpital [...] à [...]), qui ont fait état de lombo-sciatalgies chroniques sans trouble neurologique irritatif ou déficitaire dans un contexte de canal lombaire à la limite de l'étroitesse, de discopathie L4-L5 et de composante psychogène importante. Indiquant un état stationnaire sous traitement depuis 1996, ces médecins retenaient une incapacité de travail de l'assuré à 100 % dans l'activité habituelle de maçon dès le 16 décembre 1997, avec une réorientation envisageable dans une activité adaptée.

Dans leurs rapports à l'intention du Dr R._____, les Drs J._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie (rapports des 28 avril et 4 mai 1998) et N._____, médecin-conseil de l'assureur perte de gain [...] (rapport du 9 octobre 1998), ont mis en évidence une composante psychogène importante chez l'assuré sous la forme d'un état anxio-dépressif d'origine indéterminée qui entraînait, selon eux, une totale incapacité de travail en tant qu'ouvrier du bâtiment.

Sur la base des renseignements obtenus, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique aux médecins de l'[...] du Département [...] (DUPA) Site de [...] à [...]. Dans leur rapport du 22 juillet 1999, les Drs L._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie et

médecin-chef, et E. _____, médecin-assistante, ont posé les diagnostics, selon la Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM-10), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et de trouble non spécifique de la personnalité (F60.9). Au moment d'apprécier la situation, ces experts ont notamment émis les considérations suivantes :

“[...] Dans les diverses observations médicales qui viennent d'être mentionnées, on trouve tous les éléments de l'apparition, puis du développement, du syndrome douloureux somatoforme persistant dont nos investigations spécialisées ont confirmé l'existence. Cependant, on constate aussi l'existence d'un trouble anxieux et dépressif mixte, si bien qu'il faut se demander quel est le phénomène princeps, car le diagnostic différentiel avec douleur psychogène survenant au cours d'un état dépressif doit être discuté.

En l'occurrence, l'anamnèse montre que les lombalgies sont d'apparition précoce, en dehors de tout contexte anxio-dépressif manifeste, puisque le premier épisode s'est produit lorsque l'expertisé était âgé de 16 ans alors qu'il travaillait en [...] avec son père. De plus, l'histoire ultérieure de M. A. _____ montre que, depuis son arrivée en Suisse à l'âge de 19 ans, les lumbagos aigus sont devenus récurrents avec une fréquence qui est allée en augmentant progressivement.

Par ailleurs, comme le montre le rapport AI établi par le Dr R. _____ en date du 18 août 1998, « *le patient présente une problématique structurelle expliquant tout à fait bien le présent cortège douloureux* », il s'agit essentiellement de « *lombalgies chroniques sans trouble neurologique irritatif ou déficitaire dans un contexte de canal à la limite de l'étroitesse et instabilité L4/L5* ». Par conséquent, le processus maladif observé est caractérisé par une plainte douloureuse persistante dont l'intensité et les conséquences invalidantes ne sont que partiellement expliquées par l'affection somatique objectivable; ce qui entre dans la définition nosologique du trouble somatoforme douloureux.

Dans ce contexte, tel qu'il a été détecté par les observations médicales préalables, avant d'être plus précisément mis en évidence par le résultat de nos investigations spécialisées, le trouble anxieux et dépressif apparaît comme une perturbation émotionnelle et un signe de détresse existentielle qui interfère avec le processus psychopathologique somatoforme.

Cette intrication est favorisée par le trouble non spécifique de la personnalité qui a été mis en évidence par les tests psychologiques. En effet, comme l'expérience clinique le montre, les processus douloureux somatoformes sont généralement sous-tendus par un aménagement psychotique des mécanismes d'adaptation et de défense de la personnalité. Habituellement, dès lors qu'il reste contenu dans la structure de personnalité, ce genre d'aménagement

ne provoque pas une psychose évolutive avec des manifestations symptomatiques florides ; cependant il induit, à bas bruits, une mentalisation qui est caractérisée par une altération du rapport à la réalité objectivable, cela par des phénomènes de perturbation perceptive et cognitive ou par des distorsions relationnelles.

En l'occurrence, on observe que le trouble de la personnalité réduit considérablement les possibilités d'introspection et de prise en considération des tenants et aboutissants psychologiques de l'affection en cause. De plus, dans le cas particulier de M. A._____, bien qu'il soit en bonne partie masqué par les dénis ou les dénégations qui permettent d'en éviter la prise de conscience, le trouble anxieux et dépressif entretient une tendance au négativisme et à la crainte exagérée du risque d'aggravation, ce qui provoque des conduites d'évitement et des comportements d'autoprotection, et ce qui tend à exacerber la surcharge psychogène des douleurs. Il en résulte l'amorce d'un cercle vicieux qui compromet grandement les possibilités de réorientation professionnelle et de réadaptation au travail.

Il n'en reste pas moins que l'expertisé manifeste un désir de changement, et qu'il souhaite retrouver un jour la possibilité de travailler dans une activité professionnelle adaptée à ses possibilités. De plus, comme le Dr J._____ l'a constaté en son temps, M. A._____ a montré qu'il était capable de participer « *de façon extrêmement consciencieuse et motivée* » à un programme de rééducation fonctionnelle, tout en donnant l'impression qu'il « *se sentait concerné et, par conséquent, capable de répondre favorablement à une proposition de nature psychothérapeutique* ».

Il est donc envisageable de proposer à l'expertisé un programme thérapeutique spécialisé, susceptible de l'aider à modifier son rapport à la vulnérabilité somatique et psychique, qui le caractérise, afin qu'il parvienne à « domestiquer » ses douleurs chroniques, en maîtrisant suffisamment les difficultés qu'elles occasionnent pour parvenir à envisager une réorientation professionnelle et une réadaptation progressive au travail. Toutefois, le cas échéant, il faut prévoir que les résistances induites par le trouble de la personnalité de l'expertisé compliqueront la mise en œuvre du programme thérapeutique en question, lequel sera vraisemblablement assez long à réaliser avant qu'une amélioration significative puisse être obtenue.”

Sur la base de leurs constatations, les Drs L._____ et E._____ ont retenu qu'en raison des effets intriqués du syndrome douloureux somatoforme persistant et du trouble anxieux et dépressif mixte mis en évidence, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de manœuvre dans le bâtiment dès le 16 décembre 1997. Au stade de l'évolution, des mesures médicales étaient envisageables en vue de « tenter de désamorcer le cercle vicieux constitué par l'intrication du syndrome douloureux somatoforme persistant

et du trouble anxieux et dépressif mixte ». La capacité de travail à attendre par la suite d'un tel programme thérapeutique dépendrait, à dire d'experts, non seulement du degré d'amélioration obtenu par le programme en question mais également de la réussite de la réadaptation progressive au travail. Il était alors prématuré de faire un pronostic.

L'assuré a été examiné le 14 mars 2000 par les médecins du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), à [...]. Dans leur rapport de consultation bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) du 14 août 2000, le Professeur B._____, spécialiste en médecine interne et médecin-chef, et les Desses P._____, spécialiste en médecine interne et cheffe de clinique et C._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie d'enfants et d'adolescents et chef de clinique adjoint, ont posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant sous forme de lombalgies, d'épisode dépressif moyen, de trouble non spécifique de la personnalité et de troubles dégénératifs L4-L5 avec possible instabilité L4-L5. En présence de lombalgies chroniques invalidantes, avec une très forte limitation fonctionnelle algique de la colonne lombaire, une possible instabilité L4-L5 et une discopathie L4-L5, et des signes de non-organicité de Waddell et de Kummel, un syndrome somatoforme douloureux figurait au premier plan. Les spécialistes du COMAI ont également retenu un diagnostic d'épisode dépressif de degré moyen et un trouble non spécifique de la personnalité en s'appuyant sur des traits paranoïaques, borderline et obsessionnels. L'état de santé de l'assuré justifiait la reconnaissance d'une totale incapacité de travail dans la profession de maçon, manoeuvre de chantier ou tout autre travail de force, ceci de manière définitive. Moyennant une reconversion professionnelle dans une activité de manutention légère (à savoir, les travaux légers et de manutention simples, sans mouvement en porte-à-faux répétitif ni port de charges supérieures à dix kilos et sans maintien de position statique prolongée), une capacité de travail de 50 % restait médicalement exigible de la part de l'assuré. En raison des faibles ressources adaptatives de ce dernier, le pronostic à plus long terme quant à la reprise d'une activité lucrative supérieure à 50 % demeurait réservé. Il était ainsi souhaitable, selon les experts du COMAI, de réévaluer la

situation dans deux ans afin de « juger avec le recul des possibilités réelles du traitement psychothérapeutique ».

Par projet de décision du 6 novembre 2000, l'Office AI a informé l'assuré qu'il entendait lui allouer une demi-rente avec effet dès le 1^{er} décembre 1998, sur la base d'un degré d'invalidité de 65 %.

A la suite de ses objections du 27 novembre 2000 sur le projet précité, l'assuré a été convoqué à un examen psychiatrique, le 14 novembre 2001, dans les locaux du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, à [...]. Dans son rapport du même jour, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a constaté une évolution dépressive défavorable depuis 1997, parallèlement à un trouble somatoforme douloureux, qui le conduisait à retenir une capacité de travail de l'assuré à 40 % dans une activité adaptée, non susceptible d'être améliorée par des mesures médicales et sans qu'une réadaptation professionnelle ne soit indiquée étant donné la fragilité psychique observée.

Dans un nouveau projet du 20 décembre 2001 annulant et remplaçant le précédent, confirmé par décisions séparées du 14 février 2002, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière dès le 1^{er} décembre 1998, sur la base d'un degré d'invalidité de 72 %. Ces décisions n'ont pas été contestées.

B. Dans le cadre d'une procédure de révision initiée en décembre 2003, l'Office AI a, par communication du 28 septembre 2004, informé l'assuré qu'il continuait à bénéficier d'une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 72 %, en l'absence de changement susceptible d'influencer le droit à cette prestation.

C. Au terme d'une seconde révision d'office de la rente initiée en septembre 2008, sur la base des renseignements obtenus auprès du médecin traitant de l'époque (le Dr X._____, spécialiste en médecine interne à [...]), l'OAI a décidé le maintien de l'octroi d'une rente entière en

faveur de l'assuré, toujours basée sur un degré d'invalidité de 72 % (communication du 1^{er} juillet 2009).

D. Le 13 mars 2013, l'Office AI a adressé à l'assuré un questionnaire pour la révision de la rente d'invalidité, complété le 2 avril 2013, dont il ressort un état stationnaire sans reprise d'une activité lucrative par l'intéressé.

Des renseignements médicaux usuels ont été recueillis par l'OAI auprès des médecins consultés, soit le Dr M._____, nouveau médecin traitant, qui a fait part d'un état de santé stationnaire sous un traitement d'Olfen® 100 mg/j. (rapport du 13 mai 2013) et le Dr R._____, lequel n'avait pas revu l'assuré depuis sa dernière consultation le 20 juin 2012.

Par communication du 19 novembre 2013, l'OAI a informé l'assuré de la nécessité de mettre en œuvre une expertise médicale (de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique) afin de clarifier son droit aux prestations.

Dans un courrier accompagnant son mandat d'expertise du 18 décembre 2013, l'Office AI a identifié le cas de l'assuré comme l'un de ceux devant être réexaminés - selon les dispositions finales de la nouvelle du 18 mars 2011 (RO 2011 5659 s., spéc. 5670) - dans un délai de trois ans après l'entrée en vigueur de la 6^{ème} révision, premier volet, de l'assurance-invalidité le 1^{er} janvier 2012, pour les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (« cas DIF »).

A l'occasion de l'expertise bidisciplinaire mandatée par l'OAI, l'assuré a été convoqué dans les locaux du W._____ à [...] les 28 janvier, 4, 5 et 11 février 2014. Il y a été examiné par le Dr A._____, spécialiste en médecine interne et en gériatrie, par le Dr I._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, et par le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Ces experts

ont établi leur rapport le 4 septembre 2014 après lecture attentive de l'ensemble du dossier à disposition ainsi que d'un résumé établi par un médecin expert n'ayant pas participé aux examens. Ils ont posé le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de lombalgies chroniques en relation avec des discopathies lombaires multi-étagées à l'origine d'un canal lombaire étroit et des sténoses des trous de conjugaison L4-L5, L5-S1 et celui - sans répercussion sur la capacité de travail - de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il ressort notamment ce qui suit de la synthèse et la discussion de ce rapport d'expertise bidisciplinaire :

"[...] Plaintes actuelles :

Sur le plan psychique, à l'anamnèse orientée psychiatrique.

Symptômes de la lignée dépressive

Il ne se plaint pas d'humeur dépressive. Il ne se plaint [pas] d'anhédonie, il a encore du désir sexuel (les relations sexuelles sont en revanche compliquées par les dorsalgies). Il apprécie rester en famille et fréquenter son réseau social. Il n'y a pas d'inappétence ou d'hyperphagie, ni de perte ou de gain de poids. Le sommeil est en revanche perturbé par les douleurs qui le réveillent lors des changements de position régulièrement et quasiment chaque nuit. Il se couche entre 22 et 23 heures, n'a pas de problèmes particuliers à s'endormir, a des réveils nocturnes. Il se réveille et se lève entre 7 et 8 heures du matin. Il ne fait pas de sieste durant la journée. Il se sent fatigué toute la journée chaque jour, à une intensité de 8/10, se sent ralenti. Il ne décrit pas de sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive, ne se plaint pas de baisse de l'estime ou de la confiance. Il n'y a pas de diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou d'indécision. Il oublie plus facilement par exemple ce que les gens lui ont raconté, mais cela ne paraît pas être un problème. Il ne se déclare ni optimiste ni pessimiste, concernant l'avenir. Il n'y a pas de pensée de mort, ni d'idées suicidaires, ni de tentative de suicide.

Symptômes de la lignée hypomaniaque et maniaque

Il n'y a pas de notion d'humeur euphorique, expansive ou irritable. Il n'y a pas de notion d'augmentation de l'estime de soi ou d'idées de grandeur. Il n'y a pas de réduction du besoin de sommeil. Il n'y a pas de désinhibition sociale. Il n'y a pas de fuite des idées ou de grande distractibilité. Il n'y a pas d'hyperactivité ni d'agitation psychomotrice. Il n'y a pas d'engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables.

Symptômes de la lignée anxieuse

Il n'y a pas de symptômes d'attaque de panique, ni d'angoisse. Il n'y a pas de notion d'agoraphobie, ni de phobie, ni d'évitement. Il n'y a pas de notion d'obsession ni de compulsions. Il n'y a pas de notion d'anxiété généralisée.

Symptômes de la lignée psychotique

Il n'y a pas de notion d'idées délirantes, ni d'hallucinations, ni de discours ou de comportements désorganisés, ni de symptômes négatifs de la schizophrénie, ni de dépersonnalisation, ni de déréalisation.

Appréciation de la personnalité

Il ne décrit pas de changement majeur au niveau de son caractère depuis qu'il est malade, hormis le fait qu'il est moins gai et plus révolté à cause des douleurs. Il se décrit comme un homme sociable, poli, jamais malhonnête, bon collaborateur apprécié par les différents patrons qu'il a côtoyés. Les autres l'apprécient en général. Il ne décrit pas de problèmes relationnels dans le privé comme dans son activité professionnelle. Il n'aimerait rien changer de particulier dans son caractère. Comme loisirs, il avait l'habitude de jouer au football, mais a dû arrêter cette activité dans les années 90 à cause de ses problèmes de dos.

[...]

Situation actuelle et conclusions

Sur le plan de la médecine interne, il n'y a pas de plaintes spontanées significatives, l'anamnèse systématique relève quelques troubles banals, le status est dans la norme.

Il n'y a aucune justification à une incapacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, Monsieur A. _____ est au bénéfice d'une rente principalement pour des raisons psychiatriques, bien que des troubles dégénératifs de la colonne lombaire soient décrits dès l'époque où la rente a été attribuée. Toutefois, ces troubles sont parasités par la présence d'un comportement démonstratif.

Actuellement, la situation reste en grande partie identique. L'expertisé décrit des douleurs lombaires intenses (VAS 8 à 9/10 en moyenne), constantes associées à des sciatalgies à bascule avec description de troubles neurologiques subjectifs divers (paresthésies, engourdissement, sensations de froid). L'impact fonctionnel de ses douleurs reste important puisque l'expertisé est gêné autant en position assise que debout prolongée, ainsi que lors de port de charges, même légères (3 à 4 kg). Dans les activités de la vie quotidienne, même l'habillage et la toilette sont décrits comme laborieux.

Il est clair que Monsieur A. _____ présente toujours un syndrome douloureux chronique, si l'on se réfère à la présence d'un comportement très démonstratif lors de l'expertise, la présence de douleurs diffuses lors de la mobilisation, la palpation du dos, ainsi que la présence de contre-pulsions et de retenue lors des diverses mobilisations du dos, mais également lors de la mobilisation d'autres articulations telles que les épaules, les hanches ou les genoux. De plus, on retrouve la quasi-totalité des signes de non-organicité de Waddell.

L'examen neurologique ne montre pas objectivement de signes d'irritation ou de déficit radiculaire aux membres inférieurs.

Il existe clairement des atteintes radiologiques objectives pouvant participer à ce tableau douloureux. En effet, le scanner lombaire du 20.04.2012 montre des discopathies et des altérations

dégénératives multi-étagées à l'origine d'un canal lombaire étroit, s'étendant sur toute la hauteur du rachis lombaire, sténosant les trous de conjugaison L4-L5 et L5-S1. Les radiographies de la colonne lombaire du 06 02 2012 montrent également des glissements postérieurs de degré 1 de L3-L4 et L4-L5, sur des troubles dégénératifs interfacettaires postérieurs ainsi qu'une discopathie sévère L4-L5 et L5-S1.

Il faut dès lors retenir la présence de lombalgies chroniques sur des troubles dégénératifs importants de la colonne lombaire avec des discopathies sévères au niveau L4-L5, L5-S1.

Malheureusement, l'appréciation clinique et objective de ces troubles dégénératifs de la colonne lombaire est difficile, étant en grande partie parasitée par la présence d'un syndrome douloureux chronique qui prend clairement le devant de la scène. Sur la base de l'imagerie, on peut estimer que l'expertisé n'est plus apte à travailler dans une activité contraignante pour le dos, telle que celle de manœuvre sur chantier ou maçon.

L'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée sans port de charges, préférentiellement en position assise avec possibilité d'alterner la position assise et debout, reste exigible. En tenant compte à la fois du status, de l'imagerie, des éléments démonstratifs et d'amplification, on peut estimer que la capacité de travail dans une activité adaptée est complète en temps, avec une diminution de rendement de 30% en raison des douleurs objectivées, du besoin de changer fréquemment de position.

Sur le plan psychique, Monsieur A. _____ est sans antécédents psychiatriques, il n'a jamais eu besoin de suivi psychiatrique, n'a jamais pris de psychotropes.

Comme facteurs de stress, il peut être relevé, le décès de son père il y a 7 ans et le fait que ses deux fils aient abandonné leurs études au Portugal.

Ses plaintes sont exclusivement d'ordre somatique, il n'exprime aucune symptomatologie psychiatrique hormis un sommeil perturbé par les douleurs chroniques et une importante fatigue permanente.

L'appréciation de sa personnalité ne permet pas de retrouver tant dans son histoire personnelle qu'à l'observation clinique de traits pathologiques de personnalité.

La description des activités quotidiennes, nous apprend qu'il n'est pas replié socialement, qu'il prend en charge les tâches administratives et fait quelques activités ménagères légères prudemment en évitant de solliciter son dos.

L'examen psychiatrique est dans les limites de la norme, il n'est constaté aucun ralentissement psychomoteur, ni de troubles cognitifs, l'humeur est euthymique.

En conclusion, cet expertisé ne présente aucun trouble psychiatrique. Nous n'avons constaté aucune limitation fonctionnelle d'ordre mental ou social, sa capacité de travail est complète dans toute activité sans diminution de rendement.

L'expertise psychiatrique effectuée en juillet 1999 évoque plusieurs diagnostics psychiatriques, troubles anxieux et dépressif mixte, un trouble non spécifique de la personnalité et un diagnostic différentiel entre un syndrome douloureux somatoforme persistant et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Actuellement l'assuré n'a plus aucun symptôme ni signe dépressif ni anxieux. Le diagnostic de trouble de la personnalité a été posé d'après des tests psychologiques projectifs. Ces derniers ont été remis en question et abandonnés depuis quelques années en tant qu'examen diagnostique, c'est pourquoi nous ne pouvons pas en tenir compte pour avancer qu'il existe un trouble de la personnalité. Notre évaluation ne retrouve aucun indice pouvant faire penser que l'assuré souffre de traits de personnalité pathologique. De plus un trouble de personnalité n'est incapacitant que dans certains cas particulièrement sévères.

En l'absence [de] symptômes et signes d'ordre psychiatrique, de même que de facteur de stress majeur dans son existence, mais selon l'expert rhumatologue très démonstratif avec de nombreuses contre-pulsions, nous retenons le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

La capacité de travail est complète en temps et rendement.”

Sur la base de leurs constatations, les experts du W. _____ ont conclu que si en raison d'une nette aggravation radiologique au niveau de la colonne lombaire (rapport du 5 mars 2014 relatif à un CT-Scan lombaire effectué le jour précédent par le Professeur S. _____, radiologue de l'Institut de radiologie de la [...] à [...]) sa capacité de travail était nulle dans une activité lourde dans la construction depuis 1997, l'assuré disposait cependant, à compter d'une date qu'il était impossible de préciser, d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 30 %. Les limitations fonctionnelles, sur le plan somatique (rhumatologique) uniquement, étaient : une activité permettant un changement régulier des positions, pas de station (debout ou assise) prolongées, pas de déambulation trop longue et des ports de charge limités au maximum à trois à cinq kilos.

Dans un avis du 24 septembre 2014, le Dr D. _____, médecin au SMR, a fait part de l'appréciation suivante :

“Assuré de 53 ans, dernier emploi comme ouvrier dans le bâtiment, au bénéfice d'une rente entière dès le 1^{er} décembre 1998 au motif

d'un épisode dépressif moyen et d'un TSD [trouble somatoforme douloureux] dans un contexte de lombalgies chroniques contraindiquant l'activité habituelle avec IT [incapacité de travail] de 100% dès le 16 décembre 1997.

L'expertise MED@P du 4 septembre 2014 démontre l'amélioration de l'état de santé psychique depuis la décision initiale (page 13/16) et retient une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 30% (page 15/16) dans une activité adaptée permettant un « changement régulier de la position, pas de station debout ou assise prolongées, pas de déambulation trop longue, ports de charge limités au maximum à 3 à 5 kg » page 14/16.

Il n'y a pas de raison de s'écarter de cette appréciation.”

Selon une fiche d'examen au dossier de l'OAI établie le 26 mars 2015 en référence à un avis juriste du 27 octobre 2014, le cas de l'assuré n'était en définitive pas un « cas DIF » compte tenu de l'amélioration de l'état de santé psychique constatée lors de l'expertise au W._____.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a informé l'assuré de son intention de réduire le droit à la rente entière versée jusqu'alors par un quart de rente, avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision y relative. Selon les renseignements médicaux obtenus et après analyse par le médecin-conseil du SMR, l'état de santé de l'intéressé s'était amélioré justifiant la prise en compte d'une capacité de travail de 100 %, avec une baisse de rendement de 30 %, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir, changement régulier de la position, pas de station debout ou assise prolongées, pas de déambulation trop longue et des ports de charge limités au maximum à trois à cinq kilos) et ceci dès le 28 janvier 2014, soit la date de l'examen médical au W._____. Compte tenu d'un revenu sans invalidité de 66'183 fr. et avec invalidité de 39'051 fr. 85, après abattement de 15 %, le degré d'invalidité de l'assuré était de 41 %.

Dans un courrier du 6 mai 2015 à l'OAI, le Dr M._____ a fait part d'une situation somatique, précisément rhumatologique, impliquant un suivi régulier par le Dr R._____ dont les derniers examens radiologiques avaient mis en évidence des atteintes pluri-étagées au niveau lombaire, pour lesquelles l'assuré avait bénéficié de divers

traitements antalgiques et devait être réévalué en lien avec une intervention chirurgicale éventuelle. Les pièces et documents suivants étaient joints à ce courrier :

- un rapport du 20 avril 2012 relatif à un CT-Scan lombaire du même jour pratiqué par le Dr V. _____, radiologue à l'[...] ([...]) [...] SA à [...] (déjà au dossier) ;

- un rapport du 5 mars 2014 relatif à un CT-Scan du Professeur S. _____ (déjà au dossier) ;

- une correspondance du 24 mars 2015 à l'intention du Professeur K.K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, dans laquelle le Dr M. _____ lui adressait l'assuré pour l'examen d'une sanction chirurgicale éventuelle à visée antalgique chez un patient atteint de lombalgies chroniques depuis près de trente ans. Le médecin traitant indiquait pour sa part une exacerbation des symptômes douloureux antérieure à la date du 28 janvier 2014 retenue par l'OAI dans son prononcé, acte contre lequel l'assuré allait « entamer un recours ».

A l'appui de ses objections du 11 mai 2015 sur le projet de décision du 26 mars 2015, l'assuré a fait valoir que l'application des dispositions transitoires de la 6^{ème} révision de l'assurance-invalidité devait conduire au maintien d'une rente entière. Subsidiairement, il sollicitait la mise en œuvre d'un stage d'observation professionnelle auprès d'un des centres Orif de l'AI pour évaluer les possibilités de réinsertion sur le marché du travail avant de statuer sur le droit à la rente. En annexe, l'assuré a produit un rapport du 4 mai 2015 adressé à son conseil par le Dr R. _____ dont il ressort en particulier ce qui suit :

“Appréciation :

Monsieur A. _____ est confronté à des lombosciatalgies bilatérales irritatives, sans signe déficitaire sensitivomoteur à ce jour. Sur le plan structurel, on déplore un canal lombaire étroit, acquis avec discopathies dégénératives L3/S1 associées à rétrolisthésis de L4 sur

L5, certainement plus instable qu'on ne pourrait le suspecter au bilan radiographique conventionnel. Quand bien même le patient présente des troubles du comportement, il a extrêmement bien intégré les principes d'allègement neuro-méningée et les postures à risque, procédant systématiquement à une autolimitation de peur de revivre, non seulement des douleurs aiguës, mais des douleurs perdurant après l'exposition aux postures nocives. Cette autolimitation dans toutes les activités au quotidien apporte certes un confort, mais il est totalement illusoire de croire que sa vie puisse être sereine. Sans être un spécialiste en psychologie, je regrette profondément l'attitude de certains membres du corps médical qui négligent trop souvent la dimension de la douleur chez les patients souffrant de problèmes psychiques. Si le déni et l'adaptation à l'extrême dans les postures d'allègement neuro-méningée ont joué en défaveur de ce patient, je ne comprends pas que l'on puisse rester indifférent à l'importance du remaniement structurel objectivé par l'imagerie radiologique. Les signes d'autolimitation peuvent tout simplement être interprétés comme la crainte de vivre une exacerbation douloureuse, sans retenir systématiquement la notion de simulation. Finalement, on pourrait très clairement remettre en question la pertinence des appréciations médicales dans les modalités de l'expertise réalisées, puisque le patient a été contrôlé après de longues périodes en position assise, posture qui malgré tout, si elles sont entrecoupées de période de changements de position, aboutissent à une atténuation de l'irritabilité neuro-méningée. En positionnant, un sujet dans une activité verticale ou dans une posture en porte-à-faux, l'appréciation des signes subjectifs et objectifs sera assurément radicalement différente. Ainsi, si réellement on prétend dans pareil cas être objectif, il serait bon de soumettre le sujet à une analyse fonctionnelle dans le cadre d'un centre habilité à étudier l'exigibilité professionnelle, le soumettant à des postures variées, tout en étudiant sa tolérance réelle parallèlement sur une période de temps adéquat.

Sur le plan purement théorique, lorsque des radiculalgies invalidantes perdurent après six mois de traitement médical, un acte chirurgical peut être projeté, surtout si les radiculalgies sont concordantes avec le niveau du spondylolisthésis et de la lésion d'étranglement. Chez un sujet jeune tonique confronté [à] un spondylolisthésis dégénérer potentiellement instable, l'arthrodèse associée à une décompression chirurgicale paraît l'intervention de base. L'intervention chirurgicale consisterait en une décompression alliée à une arthrodèse instrumentée L4-L5, sans pour autant exclure l'éventualité d'une détérioration à moyen ou long terme des étages adjacents. Concernant le pronostic d'une telle intervention, il a été largement décrit dans la littérature que la durée d'évolution, et l'existence d'un syndrome dépressif préopératoire sont autant d'éléments qui interfèrent avec le résultat fonctionnel à plus long terme. Ainsi, quand bien même une sanction opératoire pourrait être retenue sur le plan purement radiologique, les autres facteurs de risques combinés refroidissent la hardiesse des chirurgiens. Le patient a été profondément déstabilisé à la suite de la dernière consultation à mon cabinet, vu qu'il a appris qu'il devait se faire opérer.

Sur le plan purement physique, le patient n'est pas à même de réintégrer le monde professionnel dans l'état actuel."

Dans un avis médical du 29 mai 2015, les Drs D. _____ et G.G. _____, du SMR, ont estimé que le dernier examen du Dr R. _____ était superposable à celui du volet rhumatologique du rapport d'expertise du 4 septembre 2014 au W. _____. Il n'existait aucun motif justifiant de revenir sur l'avis SMR du 24 septembre 2014 en l'absence de fait nouveau ou aggravation durable de l'état de santé depuis l'expertise précitée et sans exigibilité de l'intervention chirurgicale préconisée, en présence d'un état de santé stationnaire.

L'assuré a bénéficié par la suite d'une mesure d'observation et d'évaluation professionnelle, type COPAI, auprès du Centre Orif de [...], du 24 août au 18 septembre 2015 (communication du 13 juillet 2015 de l'OAI).

Selon une note de bilan COPAI faisant suite à une entrevue du 24 septembre 2015 en présence de l'assuré, ce dernier exécutait un travail de très bonne qualité et souffrait de douleurs ainsi que de fatigues qui l'obligeaient à souvent changer de position. Les rendements étaient de l'ordre de 50 %, le meilleur d'entre eux ayant été obtenu sur des machines pré-réglées ne nécessitant pas de formation mais une simple mise au courant par l'entreprise. L'assuré pouvait se déplacer à plat de sorte qu'une activité sur le marché du travail pouvait être envisagée à 80 %, avec un rendement de 40 à 50 %. Il convenait encore de recueillir l'avis du SMR sur l'exigibilité mise en évidence avant d'envisager un stage en entreprise et une aide au placement éventuels.

Dans un rapport final de stage du 5 octobre 2015 consécutif à la mesure d'évaluation suivie au Centre Orif de [...], les référents de l'assuré ont fait part des observations suivantes :

“5. COMPTE RENDU DES OBSERVATIONS EN ATELIERS

Conformément à votre demande, nous avons accueilli M. A. _____ pour un stage d'observation professionnelle (Art.69 RAI) du 24.08.2015 au 18.09.2015.

Au niveau de son comportement, votre assuré s'est présenté dans nos ateliers en étant curieux de découvrir ce qu'il peut encore faire. Dans les activités qui lui ont été proposées, il agit sans parler ni se plaindre. M. A. _____ est démonstratif et change régulièrement de position. Lorsqu'il est debout, il s'appuie pour soulager sa jambe gauche, qui par moment ne touche pas le sol. Il est en recherche constante d'une position adéquate, mais ne la trouve jamais. Toutefois, M. A. _____ réalise les activités que nous lui proposons, tant dans nos ateliers que lors du stage en entreprise. Il réalise les activités parce que nous le lui demandons mais ne pose aucune question et ne manifeste pas d'intérêt pour cela. Il n'adapte l'ergonomie de sa place de travail que lorsque nous le lui suggérons. C'est une personne de confiance. Il comprend et respecte les consignes et son travail est de bonne facture. Au terme de son stage, votre assuré nous dit qu'il est épuisé par la fatigue accumulée durant quatre semaines et ceci malgré le fait qu'il dispose d'un studio à l'Orif [...].

Dans les ateliers et face aux machines-outils, nous observons que l'intéressé privilégie la position debout, tout en cherchant appui que ce soit sur un établi une table de machine ou un mur. De temps en temps il s'étire ou arrondit son dos. M. A. _____ change régulièrement de positions pour trouver un confort positionnel momentané. Ce qui influence certainement son rendement de façon négative. Nous observons toutefois, que cet inconfort permanent ne pèse en rien la qualité de son travail. Il est précis et persévérant, il agit de façon conditionnée en étant très attentif à tous les gestes qu'il entreprend, et ceci dans le calme.

Lors de son stage en entreprise, l'assuré effectue chaque jour le trajet [...] en train puis en bus et à pieds de l'arrêt du bus jusqu'à l'entreprise durant cinq jours; il peut marcher car le terrain est plat. Durant ce stage, M. A. _____ effectue uniquement de l'emballage et du conditionnement d'appareils électroniques. Bien que les tables soient les mêmes qu'à l'Orif COPAI, il n'a pas su adapter sa place de travail. Il est discret et très ordonné. Le responsable a apprécié la qualité tout en précisant que ses rendements sont symboliques puisqu'ils ne sont pas supérieurs à 20%, ceci rend son employabilité peu réaliste mais pas impossible si l'employeur est averti.

6. CONCLUSION

En conclusion, au terme de cette expertise, notre équipe d'observation est d'avis que M. A. _____ pourrait travailler sur machine réglée en position debout avec la possibilité de s'asseoir. Dans cette activité le rendement s'approcherait des 40%. Dans nos ateliers, votre assuré a supporté notre horaire et il a atteint un rendement moyen de 20%.

À la question : *l'assuré peut-il travailler dans l'industrie légère :*
Nous répondons par l'affirmative. [...]"

En annexe, figurait un rapport du 21 septembre 2015 du Dr O. _____, médecin-conseil de l'Orif de [...], dont il ressort notamment ce qui suit :

“Discussion

M. A. _____ est un manœuvre/maçon portugais de 54 ans, à l'arrêt de travail depuis l'âge de 37 ans pour des douleurs rachidiennes et lombaires sur canal étroit, pour lesquelles il bénéficie d'une rente AI entière depuis 1998. Suite à une expertise, le SMR estime la capacité de travail à 70 % dans une activité adaptée. Cette décision est contestée. A l'examen, on trouve peu de troubles statiques vertébraux. L'examen dynamique est quasi impossible chez un assuré très plaintif, démonstratif, présentant des signes de non-organicité.

A l'atelier, M. A. _____ accomplit les tâches, qu'on lui présente, sans motivation, sur un rythme très lent. Il est plaintif, il est démonstratif, il s'appuie au mobilier pour soulager le dos. Il est le plus souvent debout, mais ne trouve pas de position confortable. Il est précis et essaie de fournir un travail de bonne qualité. Du fait de ses incessants changements de position et d'un rythme particulièrement lent, ses rendements se situent vers 20 % en général, un peu meilleurs lors d'un travail de production sur une fraiseuse réglée où il atteint environ 50 %.

Au terme de ces 4 semaines de stage, notre groupe d'observation est d'avis que M. A. _____ a tenu notre horaire qui correspond à environ 80 % d'un horaire industriel normal. Lors du stage à l'extérieur, où il a travaillé à horaire normal, on l'a trouvé particulièrement fatigué en fin de semaine. Nous pensons donc qu'un horaire à 80 % serait adéquat. Dans cet horaire, nous n'avons mesuré que des rendements très faibles sur nos supports d'action de type industriel, de l'ordre de 20 %. Ces rendements sont en plateau, non améliorés par l'apprentissage. On peut espérer une productivité un peu meilleure, de l'ordre de 50 % dans la production simple et légère sur machine réglée.”

Dans un nouvel avis SMR du 14 octobre 2015, les Drs D. _____ et G.G. _____ ont observé que les rapports de stage confirmaient l'absence de dépression chez l'assuré, qualifié de démonstratif par le médecin-conseil de l'Orif. Ils retenaient une capacité de travail médico-théorique de l'intéressé d'au moins 80 % avec une baisse de rendement de 30 %.

Dans un courrier du 2 février 2016, l'OAI a expliqué qu'après réexamen et instruction complémentaire du dossier, il ressortait un taux

d'invalidité légèrement supérieur à celui retenu dans le projet de décision du 26 mars 2015 mais qui restait toutefois inférieur au seuil de 50 % et ne modifiait donc pas la réduction de la rente entière au quart de rente. Selon les divers compléments d'instruction, et en particulier le rapport de stage de l'Orif, la capacité de travail médicalement reconnue comme étant exigible de la part de l'assuré était désormais de 80 % (et non plus de 100 % comme précédemment retenu par les experts) en termes de temps de présence, avec une baisse de rendement médicalement attestée de 30 % (similairement aux précédentes conclusions des experts). Aucune mesure de réadaptation n'était requise, l'Orif confirmant que l'intéressé était d'ores et déjà apte à effectuer des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles, à savoir des activités industrielles légères (soit par exemple des activités simples et répétitives, comme la conduite de machines réglées). Le service de réadaptation de l'OAI se tenait toutefois à disposition pour une éventuelle aide au placement. La réactualisation du calcul du préjudice économique en fonction du nouveau revenu d'invalidé aboutissait désormais à un taux d'invalidité de 46.8 %, arrondi à 47 %, en retenant par ailleurs un abattement sur le revenu d'invalidé de 5 % tenant compte du taux d'activité partiel que son atteinte à la santé imposait à l'assuré, sans que ses limitations fonctionnelles ne justifiaient d'abattement supplémentaire. Bien que la contestation de l'intéressé ait conduit à rectifier le montant retenu au titre du revenu d'invalidé et partant du taux d'invalidité, l'OAI n'était pas en mesure de modifier ses conclusions.

Par décision du 12 février 2016, l'OAI a remplacé le droit de l'assuré à une rente entière versée depuis le 1^{er} décembre 1998 par l'octroi d'un quart de rente avec effet dès le 1^{er} avril 2016, sur la base d'un degré d'invalidité de 47 %. Ses constatations étaient notamment les suivantes :

“Vous êtes actuellement au bénéfice d'une rente entière AI basée sur un degré d'invalidité de 72% versée depuis le 1^{er} février [recte: décembre] 1998.

Cette rente vous a été accordée sur la base d'une pathologie psychiatrique.

Dans le questionnaire de révision que vous avez rempli le 2 avril 2013, vous avez indiqué que votre état de santé est stationnaire.

Afin de clarifier votre situation médicale, le Service Médical Régional a sollicité une expertise bidisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie). Cet examen a été effectué le 4 septembre 2014.

[...]

Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) soit, en 2014, CHF 5'248.00 par mois, part au 13^e salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, niveau de compétence 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'471.04 (CHF 5'248.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 65'652.48. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2015 (+ 0,70% en 2015 ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 66'177.70 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V consid. 4a). Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de votre mandant qu'il exerce une activité légère de substitution à 80% avec une diminution de rendement de 30%, et compte tenu de l'abattement précité de 5%, le salaire hypothétique d'invalidé est dès lors de CHF 35'206.54.

Comparaison des revenus :

sans invalidité CHF 66'183.00

avec invalidité CHF 35'206.54

La perte de gain s'élève à CHF 30'976.46 = un degré d'invalidité de 46.80% » 47%.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La rente entière qui était versée jusqu'ici est remplacée par un quart de rente.

La réduction de la prestation sera effective dès le premier jour du 2^e mois qui suit la notification de la présente décision (art. 88bis al. 2, let. a du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI])."

E. Par acte du 16 mars 2016, A._____, représenté par Me François Magnin, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme, en ce sens qu'il a droit au maintien d'une rente entière de l'assurance-invalidité. En substance, il reproche à l'office intimé de ne pas avoir appliqué les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6^{ème} révision de l'AI, premier volet) dont la combinaison des alinéas 1 et 4 interdit en particulier la réduction ou la suppression de rentes octroyées en raison

d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organiques pour des assurés qui, comme en l'espèce, touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la nouvelle au 1^{er} janvier 2012. Subsidiairement, même en admettant que l'on se trouve en présence d'un cas de révision « ordinaire » de la rente d'invalidité, alléguant disposer d'une capacité de travail résiduelle de 70 % avec un rendement de 40 % au maximum, le recourant fait valoir un préjudice économique supérieur à 70 % qui justifierait le maintien de son droit à bénéficier d'une rente entière d'invalidité.

Dans sa réponse du 19 mai 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il s'en remet à cet égard à l'avis médical SMR du 14 octobre 2015 ainsi qu'à ses explications du 2 février 2016, précisant que les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle.

En réplique, le 8 juin 2016, le recourant a maintenu les conclusions prises à l'appui de son acte du 16 mars 2016. Il avance que, dans la mesure où l'estimation purement médicale de sa capacité de travail par les experts du W._____ n'était pas totalement fiable, les observations postérieures à l'Orif s'avéraient indispensables pour évaluer de manière concrète sa capacité à se réinsérer dans le monde du travail. Il en veut pour preuve les remarques du Dr R._____ dans son rapport du 4 mai 2015 sur les modalités de l'expertise. Concédant qu'un complément d'instruction n'est pas indiqué sur le plan médical, le recourant conteste par contre l'abattement ramené de 15 à 5 % par l'OAI pour le calcul du revenu d'invalidité. A le suivre, cette réduction ne saurait être inférieure à 10 % au vu des circonstances et en particulier la prise en compte par l'intimé d'un horaire de travail exigible de 80 %, supérieur à celui admis par l'Orif de 70 %.

Dans sa duplique du 23 juin 2016, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse, informant ne rien avoir à ajouter à sa réponse du 19 mai 2016.

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'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. La contestation porte en l'espèce sur la réduction par l'OAI du droit du recourant à une rente entière (tel qu'introduit depuis le 1^{er} décembre 1998 par décisions du 14 février 2002) en un quart de rente alloué avec effet dès le 1^{er} avril 2016. Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une procédure de révision de la rente d'invalidité initiée d'office par l'Office AI dans le courant du mois de mars 2013. En tant qu'autorité de recours, et sous réserve des conditions d'une révision du droit à la rente, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects de la prestation litigieuse. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres

éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). Elle se prononce sur la situation en fait et en droit jusqu'au moment de la décision litigieuse (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et 131 V 242 consid. 2.1).

3. En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

4. 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 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 se définit 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 (cf. art. 6 LPGA).

b) 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI, dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

5. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées).

6. **a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration — en cas de recours, le tribunal — se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée

(ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours — doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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 9C_94/2014 du 2 avril 2014 consid. 4.1 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes

externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables — de nature clinique ou diagnostique — qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

c) Selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (TF 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.3 et 9C_854/2010 du 30 décembre 2010 consid. 3.2 et les références citées; TFA 762/2002 du 6 mai 2003 consid. 2).

Cela étant, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure un assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (ATF 107 V 17

consid. 2b; TF 9C_136/2014 du 24 juin 2014 consid. 3.3, 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_739/2010 du 1^{er} juin 2011 consid. 2.3 et les références citées).

7. a) En l'occurrence, le recourant conteste le bien-fondé de la réduction de son droit à la rente entière, versée depuis le 1^{er} décembre 1998, en un quart de rente dès le 1^{er} avril 2016 décidée par l'OAI suivant l'avis médical SMR du 14 octobre 2015, lui-même basé sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du W._____ du 4 septembre 2014 et les rapports de stage postérieurs dont notamment celui du Dr O._____. Il se plaint, à titre principal, d'être assimilé à un simulateur compte tenu de l'amélioration retenue en l'absence de problèmes psychiques constatés lors de l'expertise au W._____. Le corollaire en serait que l'impact sur la capacité de travail résiduelle de la « nette aggravation objectivée au niveau de la colonne lombaire » aurait été minimisé par les experts, lesquels auraient justifié la disparition des troubles psychiques et retenu une amélioration, en se distançant à tort du rapport d'examen psychiatrique du 14 novembre 2001 du Dr Z._____ et du rapport du 4 mai 2015 du Dr R._____, ce dernier évoquant des troubles du comportement. Outre un risque de décompensation en cas de passage au quart de rente, le recourant soutient que la mise en balance de la nette aggravation de ses atteintes lombaires avec l'amélioration psychique justifierait de retenir, à l'instar des Drs M._____ et R._____, un état de santé global stationnaire.

De plus, les dispositions finales de la novelle du 18 mars 2011 (6^{ème} révision de l'AI, premier volet) seraient applicables et justifieraient dès lors le maintien du droit à la rente entière au-delà du 31 mars 2016. En tout état de cause, les conditions pour une révision « ordinaire », au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, de la rente entière ne seraient pas remplies. Selon le recourant, il résulte de la mesure d'observation professionnelle à l'Orif de [...] un horaire de travail exigible de 70 % avec un rendement oscillant entre 20 et 40 %. En retenant le taux maximum de 40 %, le préjudice économique en fonction du revenu sans invalidité de 66'183 fr., s'élèverait à 72 % ([66'183 fr. - 18'531 fr. 24 {revenu d'invalidé} / 66'183

fr.] x 100). L'horaire de 80 % dans les ateliers de l'Orif mentionné par le Dr O. _____ impliquerait, selon le rapport final de stage du 5 octobre 2015, de tenir compte d'un rendement de 20 % seulement. Or, le Dr D. _____ se rallie à l'horaire de travail de 80 % précité en retenant une baisse de rendement de 30 % par référence à l'expertise au W. _____ quand bien même, selon le Dr O. _____, cette diminution ne serait pas uniquement médicale compte tenu de signes de non-organicité. De plus, le Dr R. _____ estime que les examens rhumatologiques du W. _____ doivent être remis en question au motif que « le patient a été contrôlé après de longues périodes en position assise, posture qui malgré tout, si elles sont entrecoupées de périodes de changements de positions, aboutissent à une atténuation de l'irritabilité neuroméningée ». Réfutant être un simulateur, le recourant allègue avoir été perçu comme une personne de confiance, désireuse de collaborer et s'être donné de la peine à l'Orif de [...]. Il conteste en outre le taux de l'abattement, ramené de 15 à 5 % par l'OAI, pour le calcul du revenu d'invalidé. A ses yeux, cette réduction ne saurait être inférieure à 10 % compte tenu des circonstances et notamment l'horaire de travail de 80 % retenu, supérieur à celui de 70 % admis par les observateurs du centre Orif.

b) Afin de déterminer l'évolution sur sa capacité de travail des interactions des différentes atteintes à la santé du recourant depuis l'octroi de sa rente entière en décembre 1998, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique) au W. _____. Les Drs A. _____, I. _____ et H. _____ du W. _____ ont retenu, le 4 septembre 2014, le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de lombalgies chroniques en relation avec des discopathies lombaires multi-étagées à l'origine d'un canal lombaire étroit et des sténoses des trous de conjugaison L4-L5, L5-S1 et celui - sans répercussion sur la capacité de travail - de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Après discussion, les experts ont retenu une amélioration sur le plan psychique de l'état de santé de l'assuré. Les atteintes psychiatriques retenues comme invalidantes lors de l'octroi de la rente

entière - soit pour rappel, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) dont l'intrication était favorisée par un trouble non spécifique de la personnalité (F60.9) - ne sont désormais plus présentes, seule la problématique rhumatologique demeure incapacitante et s'est aggravée. Cette dernière implique, à dire d'experts, la prise en compte d'une capacité de travail de l'assuré à 70 % dans une activité adaptée (soit une capacité de travail en termes de temps de présence de 100 %, mais avec une baisse de rendement de 30 %) permettant un « changement régulier de la position, pas de station debout ou assise prolongées, pas de déambulation trop longue et des ports de charge limités au maximum à 3 à 5 kg ».

c) Sur le plan somatique, les avis des médecins concordent pour retenir une aggravation de l'état de santé du recourant justifiant une capacité de travail, après des mesures d'observation et d'évaluation professionnelle, de 80 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 30 %. Les derniers examens radiologiques et évaluations effectués par le Dr R. _____ en mai 2015 sont superposables à celui du volet rhumatologique de l'expertise du W. _____ du 4 septembre 2014. Il y a dès lors lieu de retenir que l'état de santé du recourant sur le plan somatique s'est aggravé, sa capacité de travail étant de 80 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 30 %.

d) Sur le plan psychiatrique, le Dr H. _____ a écarté le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) sans aucune motivation ni explication, alors que les précédents experts du [...] et du COMAI avaient non seulement posé ce diagnostic mais constaté qu'il figurait au premier plan en présence de lombalgies chroniques invalidantes. Les experts I. _____ et A. _____ ont fait le même constat. Pourtant la problématique de la somatisation n'a pas du tout été abordée par l'expert psychiatre. Les indications sur le développement et la structure de la personnalité du recourant font défaut. Il manque également dans son appréciation l'évaluation des ressources personnelles de l'assuré qui avait été faite dans les précédentes expertises.

Dans un arrêt publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des

conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

Dans le cas présent, l'expert psychiatre du W._____, qui a posé le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, a examiné la capacité de travail du recourant au regard d'un seul critère dégagé par l'ancienne jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux (l'absence de repli social) de sorte que ses conclusions ne peuvent être suivies telles quelles. Les éléments figurant au dossier ne permettent en outre pas à la Cour de céans de

déterminer la capacité de travail du recourant réellement exigible au moyen d'un catalogue d'indicateurs.

En conséquence, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, voire bidisciplinaire (psychiatrie, médecine interne, rhumatologie), est nécessaire afin d'évaluer, au regard des nouveaux principes applicables en la matière, la pertinence du diagnostic de trouble somatoforme douloureux et son éventuel caractère invalidant.

8. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_16212007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, au vu des lacunes d'instruction, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Il se

justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier sur le plan médical par une évaluation psychiatrique, voire bidisciplinaire. Il aura aussi à tenir compte de l'évolution de l'état de santé du recourant sur le plan somatique depuis l'examen du Dr R._____.

c) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner les autres arguments invoqués par le recourant.

9. a) En conséquence, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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, dont le montant est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil, qu'il convient en l'espèce d'arrêter à 2'000 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 12 février 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction puis nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me François Magnin (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :