

## VD\_FINDINFO AI 194/09 – 214/2010 vom 5. März 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-03-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_194\\_09\\_\\_\\_214\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_194_09___214_2010)

FR: VD\_FINDINFO AI 194/09 – 214/2010 du 5 mars 2010

IT: VD\_FINDINFO AI 194/09 – 214/2010 del 5 marzo 2010

### Regeste

AI{ASSURANCE}, RÉVISION DE LA RENTE, RECONSIDÉRATION | 17 al. 1 LPGA, 53 al. 2 LPGA, 87 al. 2 RAI, 88a al. 1 RAI, 88bis al. 2 let. a RAI, 93 al. 1 let. a LPA-VD

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 05.03.2010 AI 194/09 – 214/2010

AI{ASSURANCE}, RÉVISION DE LA RENTE, RECONSIDÉRATION | 17 al. 1 LPGA, 53 al. 2 LPGA, 87 al. 2 RAI, 88a al. 1 RAI, 88bis al. 2 let. a RAI, 93 al. 1 let. a LPA-VD

TRIBUNAL CANTONAL AI 194/09 – 214/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 mars 2010

\_\_\_\_\_ Présidence de Mme Röthenbacher Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Zbinden, assesseur Greffier : M. Laurent \*\*\*\*\* Cause pendante entre : G. \_\_\_\_\_, à Clarens, recourant, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 17 al. 1, 53 al. 2 LPGA; 69 al. 1 let. a LAI; 87 al. 2, 88a al. 1, 88bis al. 2 let. a RAI; 93 al. 1 let. a LPA-VD E n f a i t : A. G. \_\_\_\_\_, ressortissant suisse d'origine iranienne, est né le 22 mars 1958. Divorcé, il est le père d'une enfant née le 29 août 1994. Il a suivi l'école primaire dans son pays d'origine. Arrivé en Suisse le 4 décembre 1990, il a travaillé en tant que chauffeur livreur pour la société F. \_\_\_\_\_ Sàrl dès le mois de février 1996, tout d'abord à plein temps, puis à mi-temps dès le 1 er octobre 2000. B. Le 3 juin 2002, G. \_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi d'une rente. Dans un rapport du 6 août 2002, envoyé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) le 12 août suivant, la Dresse X. \_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics suivants ayant une influence sur la capacité de travail de son patient : épisode dépressif moyen, sans symptômes psychotiques, avec symptômes somatiques et cécité de l'œil droit. Elle a estimé que l'état de l'assuré était stable et qu'on pouvait exiger de lui qu'il continue son activité professionnelle, à mi-temps. Une autre activité n'était, en revanche, pas envisageable. La Dresse X. \_\_\_\_\_ a conclu son rapport comme suit : " Discussion et évolution: Sous un traitement médicamenteux associant anti-dépresseurs et benzodiazépines, l'état de M. G. \_\_\_\_\_ s'améliore rapidement, dans le sens d'une diminution de l'irritabilité, une légère amélioration de la thymie, et d'une nette diminution des douleurs; ces dernières se sont totalement amendées depuis. L'ajout d'un somnifère résout partiellement les problèmes de sommeil. Toutefois, un état dépressif avec ruminations persiste, encore actuellement. Durant les entretiens avec ce patient, il m'a été très difficile d'aborder son vécu personnel et d'entreprendre un réel traitement psychothérapeutique, les consultations étant constamment envahies par des plaintes incessantes ayant trait à ses difficultés sociales; M. G. \_\_\_\_\_ se montre noyé dans la surcharge impliquée par la garde de son enfant, ainsi que dans ses problèmes

sociaux et financiers, et ceci malgré l'intervention d'une assistante sociale efficace et un travail en réseau. De ce fait, une consultation à Appartenance a été mis(e) sur pied, et M. G.\_\_\_\_\_ s'y rend depuis le 15 mai dernier, à un rythme hebdomadaire. Des renseignements plus précis concernant sa pathologie psychique sont donc à obtenir auprès de cette association. Professionnellement, M. G.\_\_\_\_\_ exerce donc un emploi de chauffeur livreur à 50 %, stable; il semble toutefois que l'on ne puisse pas exiger de lui un travail à 100 %, qui risquerait de décompenser encore plus gravement la situation sur le plan psychique. Ses difficultés ne semblent pas liées à l'emploi lui-même et des mesures professionnelles n'ont donc pas lieu d'être. La situation pourrait évoluer favorablement si la psychothérapie entreprise à Appartenance porte ses fruits, et une révision de la situation pourrait donc être proposée d'ici un à deux ans." La Dresse X.\_\_\_\_\_ a adressé un nouveau rapport à l'OAI le 15 décembre 2003, en y joignant une lettre du 3 décembre précédent. Elle a confirmé que l'assuré pouvait exercer son activité professionnelle à 50 %, sans qu'une diminution de rendement soit à déplorer, précisant toutefois que son patient avait perdu son emploi et se trouvait au chômage. L'incapacité de travail de 50 % provenait des grandes difficultés rencontrées par G.\_\_\_\_\_ dans l'organisation de sa vie quotidienne et des tâches lui incombant en rapport avec la garde de son enfant. La Dresse X.\_\_\_\_\_ a considéré que l'état de santé psychique de G.\_\_\_\_\_ était resté stationnaire, sans qu'aucune amélioration puisse être constatée. Elle a précisé les diagnostics posés dans son précédent rapport comme suit : épisode dépressif moyen, probables séquelles d'un état de stress post-traumatique et trouble mixte de la personnalité (dépendante, traits obsessionnels et paranoïaques). Ce médecin a conclu en faisant valoir que l'octroi d'une demi-rente de l'AI constituerait la meilleure solution pour son patient. Par lettre du 9 février 2004 à l'OAI, F.\_\_\_\_\_ Sàrl a indiqué que l'assuré avait résilié le contrat de travail qui les liait car il souhaitait consacrer plus de temps à sa fille. Cette société a précisé que, durant les rapports contractuels, G.\_\_\_\_\_ s'était rendu au travail tous les jours mais qu'il était un peu perturbé par ses problèmes d'ordre privé. C. L'OAI ayant ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique de l'assuré et confié ce mandat au Dr K.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, celui-ci a rendu un rapport le 18 janvier 2005. Après avoir présenté l'anamnèse de l'assuré, le médecin a rapporté ses plaintes, qui se situaient tout d'abord dans la sphère sociale. G.\_\_\_\_\_ s'était ainsi présenté comme un homme ayant perdu son pays, sa famille, son épouse et son travail, et qui se trouvait submergé par l'organisation de sa vie quotidienne. Sur le plan médical, l'assuré avait émis des plaintes d'ordre dépressif au sujet d'une fatigue extrême, d'un manque d'élan, de troubles majeurs du sommeil, d'une idéation suicidaire occasionnelle et de ruminations stériles quant à l'avenir. Il avait également évoqué des douleurs migrantes et des transpirations nocturnes. Objectivement, le Dr K.\_\_\_\_\_ a mis en évidence une thymie triste, avec une anxiété manifeste et des capacités d'élaboration psychologique très limitées. Il n'a pas relevé de troubles des fonctions intellectuelles pouvant évoquer une affection psycho-organique ni de phénomènes faisant penser à un trouble psychotique. Selon l'expert, sans se montrer projectif ou revendicateur, l'assuré avait exprimé un besoin de réparation intense, se présentant comme une victime de la vie n'ayant aucune prise sur les événements. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de dépression d'intensité moyenne avec syndrome somatique (CIM-10 F3211) chez une personnalité fragile disposant de ressources psychologiques limitées pour faire face aux difficultés de la vie. Il a estimé qu'on se trouvait face à un cas de dépression d'épuisement, la séparation conjugale ayant joué un rôle de déclencheur. Le syndrome dépressif s'était ensuite chronifié dans un contexte de

surcharge émotionnelle et organisationnelle. L'expert a conclu son rapport comme suit : "5-6. Discussion, appréciation de la capacité de travail et des possibilités éventuelles de l'améliorer, éventuelles questions complémentaires (...) Mon investigation m'a permis de confirmer le diagnostic de dépression chronique accompagnée d'un syndrome somatique, trouble que je placerais dans le cadre d'une dépression d'épuisement. En résumé, je dirais que Monsieur G.\_\_\_\_\_ est une personne psychologiquement fragile, disposant de faibles ressources psychologiques pour aménager les difficultés de la vie. Dans ce contexte, il n'a pas supporté la surcharge émotionnelle et pratique qui a pesé sur lui avec les décompensations psychiques de son épouse, l'exacerbation du conflit conjugal, la séparation, la nécessité de s'occuper seul de sa fille. Dès 1998, il y a réagi par le développement de l'état dépressif décrit plus haut. Lui-même fait porter aux circonstances sociales et familiales sa désinsertion du monde du travail. Si l'on suivait son discours, on le renverrait aux organismes d'aide sociale pour l'aider à assumer sa situation pénible, en espérant comme lui que tout rentrera dans l'ordre quand sa nouvelle épouse aura pu le rejoindre. Médicalement, il n'est pas possible de suivre ce raisonnement naïf : comme son médecin traitant, je pense qu'il souffre depuis plusieurs années d'un syndrome dépressif invalidant justifiant une incapacité de gain de 50 % pour le moins. Que ce trouble se soit déclaré dans des circonstances de vie difficiles n'ôte rien à sa sévérité, et il n'est pas du tout sûr que son état clinique s'amende significativement si celles-ci s'améliorent, même si on peut espérer une telle issue favorable. Pour parler dans le même sens que la Dresse X.\_\_\_\_\_, j'estime que l'allocation d'une demi-rente AI permettrait peut-être de combler en partie les besoins intenses de réparation que ressent l'assuré, et jouerait par là un rôle préventif, voire thérapeutique, en allégeant sa situation existentielle. Si cette réparation ne lui est pas accordée, le risque est grand de voir son syndrome dépressif s'aggraver rapidement, avec une diminution à court terme de sa capacité de gain résiduelle et l'installation dans un statut d'invalidé à vie. Bien entendu, la situation devrait être suivie de près par une collaboration active des instances sociales et médicales pour le soutenir, avec une réévaluation régulière de la capacité de gain et des possibilités de réinsertion dans le monde du travail. Je ne pense pas utile d'intégrer l'assuré dans une démarche de réadaptation professionnelle dans le cadre de l'AI. Comme la Dresse Perdrix, je pense que son incapacité de gain ne tient pas à la nature de son occupation professionnelle, et qu'il serait à même d'occuper toute une série d'emplois peu qualifiés si son état psychique le permettait. Sur le plan thérapeutique, la poursuite du traitement médical en cours me paraît la meilleure solution. Eventuellement, une démarche psychothérapique en parallèle par un professionnel spécialisé pourrait être tentée de nouveau malgré les capacités élaboratives limitées de l'assuré. On sait en effet qu'un soutien psychothérapique intensif couplé à la médication psychotrope constitue le meilleur traitement de la dépression. Dans ce cas, la personnalité du patient et sa connaissance rudimentaire du français rendent la chose difficile. Je me suis permis de prendre contact avec la Dresse X.\_\_\_\_\_ et de lui parler dans ce sens. Elle-même le voit régulièrement chaque mois pour des entretiens de soutien. Au début, elle le voyait plus souvent, mais avec l'impression de tourner en rond sur le plan psychothérapique. Elle est tout fait ouverte à travailler en parallèle avec un psychiatre le cas échéant, projet qui a déjà été discuté avec son patient mais qui n'a pas pu aboutir car aucun praticien disponible n'a été trouvé. En résumé, pour répondre formellement à vos questions, j'estime que Monsieur G.\_\_\_\_\_ présente depuis plusieurs années une incapacité de gain de 50 % en raison de la présence d'un syndrome dépressif chronique. Dater le début de cette incapacité de gain est difficile. Il me paraît adéquat de la situer à fin 2001, quand il a

consulté la première fois la Dresse Perdrix. Des mesures de formation ne s'imposent pas. La meilleure solution serait de lui allouer une demi-rente AI en prévoyant une révision de la situation d'ici une année". D. Dans un rapport d'examen du 23 février 2005, le Dr J. \_\_\_\_\_, du Service médical régional (ci-après : SMR), a retenu, sur la base de l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_, que l'assuré présentait une atteinte à la santé sur le plan psychiatrique entraînant une incapacité de travail de 50 % depuis le mois d'octobre 2001. G. \_\_\_\_\_ s'est vu octroyer une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2002, compte tenu d'un degré d'invalidité de 50 %. La révision de la rente était prévue pour le 1<sup>er</sup> mars 2006. E. a) Le 10 mars 2006, l'assuré a adressé à l'OAI un questionnaire pour la révision de la rente, qu'il avait complété en mentionnant une aggravation de son état de santé depuis le mois de novembre 2005. b) Dans un rapport médical du 22 mai 2006, la Dresse X. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire tant sur le plan psychique que somatique. Son patient s'était marié, mais sa nouvelle épouse et sa fille entretenaient des relations conflictuelles. Il avait retrouvé un emploi de chauffeur-livreur, à mi-temps, auprès de F. \_\_\_\_\_ Sàrl. Selon ce médecin, la capacité de travail de l'intéressé restait réduite. L'assuré paraissait s'épuiser et il n'était pas impossible, selon la Dresse X. \_\_\_\_\_, qu'il ne puisse travailler à plus de 30 %. La capacité de travail de G. \_\_\_\_\_ ne pouvait être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Le médecin a précisé que son patient poursuivait un traitement médicamenteux composé d'antalgiques, d'antidépresseurs et de somnifères, et qu'il venait régulièrement à sa consultation, dans un but de soutien tant psychosocial que somatique. En revanche, la prise en charge psychothérapeutique avait été interrompue, l'assuré s'étant montré incapable de bénéficier d'un tel traitement. La Dresse X. \_\_\_\_\_ a constaté que son patient présentait un état anxieux permanent, des troubles de la thymie avec des moments de tristesse importante, des troubles du sommeil, une tension permanente générée, selon l'assuré, par les démarches sociales qu'il devait constamment accomplir, notamment pour sa fille et sa jeune épouse. Ce médecin a également relevé un retrait social, une anhédonie et une absence de projection dans l'avenir. Elle a considéré qu'un concilium psychiatrique pourrait s'avérer utile. c) Le 26 juin 2006, F. \_\_\_\_\_ Sàrl a retourné à l'OAI un questionnaire pour l'employeur qu'elle avait complété en indiquant que l'assuré avait repris une activité de chauffeur-livreur, à mi-temps, au mois de février 2006. Elle a estimé que son employé se montrait très nerveux et qu'il n'arrivait pas à assumer son travail à 50 %. Cette société a conclu en proposant de réduire l'activité de G. \_\_\_\_\_ à 30 %. Par contrat de travail signé le 8 septembre 2006, U. \_\_\_\_\_ AG, qui avait acquis la société F. \_\_\_\_\_ Sàrl, a engagé G. \_\_\_\_\_ en qualité de chauffeur-livreur au taux de 30 %. L'assuré devait travailler trois après-midi par semaine pendant quatre heures. Son salaire mensuel brut était de 1'350 francs. d) Par rapport médical du 7 mai 2007, le Dr O. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de dépression et de troubles mixtes de la personnalité. Il a indiqué que l'état de santé psychique de son patient s'était aggravé, dans le sens d'une augmentation de la composante anxieuse et dépressive depuis le mois de juin 2006. G. \_\_\_\_\_ souffrait de troubles du sommeil important et d'un état de fatigue constant. Il se sentait totalement dépassé par la situation concernant sa fille, qui devenait de plus en plus problématique. Selon le médecin précité, une augmentation du degré de l'invalidité à 70 % lui semblait justifiée, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée étant de 30 %. Une telle activité excluait que l'intéressé doive maintenir la même position du corps pendant longtemps, qu'il soit soumis à des horaires irréguliers et qu'il doive travailler en hauteur, sur une échelle et sur un sol irrégulier ou en pente. L'assuré

pouvait lever, porter ou déplacer des charges n'excédant pas 10 kg. La motivation à la reprise du travail ou à un reclassement professionnel était jugée faible et l'absentéisme prévisible paraissait important. F. Le Dr F. \_\_\_\_\_, du SMR, ayant estimé qu'une nouvelle expertise psychiatrique était nécessaire, l'OAI a confié ce mandant au Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu un rapport le 19 novembre 2007. Après avoir exposé l'anamnèse familiale de l'assuré, ce médecin a indiqué que l'intéressé se plaignait de nervosité en rapport avec ses relations au travail, la conduite de voitures et les péripéties du quotidien. Il a également mentionné des troubles du sommeil et des problèmes oculaires. Le Dr B. \_\_\_\_\_ n'a pas relevé d'éléments en faveur d'un état dépressif dans le sens clinique du terme. Il a constaté une légère anxiété sous-jacente, surtout sous forme d'inquiétude pour le futur. Ce médecin n'a pas retenu de symptôme de la lignée psychotique. La personnalité de l'assuré était compensée. Même si l'expert a estimé qu'il existait quelques éléments du registre dépendant, ainsi que quelques traits hystérisiformes, il a considéré qu'il ne s'agissait pas de fixation malade. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a ensuite indiqué ce qui suit : " VII. Discussion : (...) Deux notions principales ressortent de ces descriptions, celle d'une irritation des yeux chronique à laquelle il (G. \_\_\_\_\_, ndlr) attribue personnellement d'ailleurs son incapacité de travail de 70 % et la notion de nervosité et de tension. Effectivement, lorsqu'on voit l'assuré en examen, il s'impose comme un homme nerveux et moyennement tendu, mais pas dysfonctionnel en soi. Le cadre interpersonnel et du cabinet a été respecté, la personnalité compensée et son agilité corporelle n'avait en soi rien de pathologique. A part cela, il a un côté envahissant, logorrhéique qui est très certainement perçu par la plupart des gens comme un élément pénible. Néanmoins, selon notre appréciation, il ne s'agit pas d'un élément pathologique en soi. A tout moment, l'assuré a pu être cadré et ses débordements ont eu souvent même un caractère humoristique ou charmant. Par ailleurs, nous n'avons retenu aucun élément majeur de la dépression; l'assuré était résolument euthymique et positif. Dans le passé, et par tous les médecins-traitants, de même par l'expert précédent, une atteinte dépressive a été évoquée et argumentée. Notre avis est de ce fait relativement contrastant, mais se base sur l'application des critères OMS. (...) (...) Lors de notre recherche approfondie, nous avons constaté que l'assuré n'est pas observant en ce qui concerne la prise alléguée d'un antidépresseur. Le résultat était quasi nul, et pour un taux actuel et pour un taux du métabolite. Ceci souligne aussi les tendances à la contre-vérité de l'assuré. Outre cet élément, il y a ici d'autres contradictions, par exemple le fait qu'il évoque en 1998 vis-à-vis du médecin examinateur une origine par torture de l'état de son oeil droit, mais à d'autres moments l'origine évoquée est celle d'un accident de jeunesse. Dans un autre contexte et encore récemment, il dit à son médecin-traitant être dépassé par la prise en charge de sa fille (ce qui est réceptionné dans le sens d'une réduction de travail à 30 %), mais il nous parle dans notre entretien d'une prise en charge par le SPJ et foyer. Avec un tel cumul d'éléments, beaucoup d'allégations et plaintes de l'assuré apparaissent sous une autre lumière et renvoient davantage à une composante comportementale. Nous ne pouvions finalement pas nous défaire de l'impression que cet homme a su assez habilement influencer son entourage, aussi médical, pour trouver appui à sa vision personnelle de limitation. Avec de la distance et les éléments mentionnés, on constate aussi que la majorité des éléments évoqués se base sur des notions subjectives et très peu sur des observations. L'assuré n'a jamais été hospitalisé, jamais en stage d'observation documenté, ou bien dans une autre forme de confrontation entre énoncés et observations. La situation d'aujourd'hui est ici légèrement changée car ses plaintes du côté psychique ont très nettement diminué.

Avec la pauvreté des constats cliniques sur ce plan, il y a ici même une sorte de cohérence. Il reste dans notre domaine les éléments principaux de nervosité, d'épuisement, notions dont nous ne pouvons pas évaluer la portée en examen, éléments aussi qui ne représentent en soi pas de pathologie invalidante. Nous rejoignons par ailleurs l'expert précédent dans le sens qu'il n'y a pas présence d'un trouble de la personnalité dans le sens clinique du terme, même si nous retenons effectivement des tendances obsessionnelles et une certaine "pénibilité". Au plus près, ces notions trouveraient leur expression sous forme de "personnalité immature". Mais encore une fois, il est évident qu'avec les années de fonctionnement plutôt correct dans la réalité professionnelle, personnelle et d'adaptation, les critères pour une gravité clinique ne sont pas donnés. Le reste nous paraît être des éléments extramédicaux, à savoir: - surcharge familiale ponctuelle, - limitation des ressources financières, - éléments comportementaux, - habitude à l'assistanat. Le dernier volet de nos considérations concerne les sévices que l'assuré a subis lors de son emprisonnement. Il y a ici l'horreur du vécu de la torture et les conséquences que l'assuré a tirées en quittant son pays. Mais, comme dans toutes autres violations ou traumatisme grave, ces actes ne peuvent jamais être déterminants pour le reste de la vie de la personne et son état psychique. Même s'il est incontestable que ces événements laissent des empreintes, elles ne sont jamais une explication sous forme de causalité pour toute souffrance ultérieure. Dans le cas présent, l'assuré mentionne aujourd'hui les événements de manière neutre, il n'y a plus à leur évocation de réactions particulières à observer, et dans les différents rapports établis dans le dossier, il n'y a plus de mention systématique. Il en est de même en ce qui concerne l'évocation des rêves et cauchemars. Nous avons de ce fait l'impression que les événements ont très largement été intégrés et dépassés dans le psychisme de l'assuré et représentent à la limite seulement une vulnérabilité spécifique par rapport à tout ce qui est violence, autorité, etc. En l'absence de tel facteur et dans une vie civile normale, cette vulnérabilité spécifique ne conduit pas à des dysfonctionnements globaux." En définitive, le Dr B. \_\_\_\_\_ n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique proprement dit. Il a relevé divers éléments présents à un niveau infraclinique, soit d'éventuelles tendances dysthymiques, des tendances obsessionnelles, une personnalité immature envahissante et pénible et de la nervosité, qui étaient plus ou moins fluctuants mais sans aucune influence sur la capacité de travail. L'expert a également relevé l'existence d'une probable tendance à la majoration des symptômes, sans que cela constitue toutefois un véritable diagnostic. Ainsi, en l'absence de trouble, l'expert a considéré que la capacité de travail de G. \_\_\_\_\_ n'était aucunement limitée sur le plan psychiatrique. Il a estimé que l'assuré pouvait exercer toute activité accessible compte tenu de sa formation et de son expérience. G. a) Par avis médical du 6 décembre 2007, le Dr F. \_\_\_\_\_ a estimé, sur la base de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, que les incapacités de travail précédemment reconnues en faveur de l'assuré n'étaient pas médicalement justifiées. b) Par attestation du 11 avril 2008, le Dr O. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré souffrait d'une dépression et de troubles mixtes de la personnalité et qu'il était de ce fait inapte au travail dans n'importe quelle activité. c) Dans un avis du 22 août 2008, une juriste de l'OAI a relevé que le Dr K. \_\_\_\_\_ avait, dans son expertise, hésité à retenir, s'agissant de l'état de santé de l'assuré, l'existence d'une dépression réactionnelle ou d'une dépression d'épuisement; il avait finalement opté pour la seconde qualification. Elle a précisé qu'à la lecture du rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, il apparaissait que cette appréciation était erronée, dans la mesure où l'état clinique de l'assuré s'était amélioré de façon significative ensuite des changements positifs survenus dans son existence. Dès lors, face à des divergences entre deux rapports d'expertise portant sur la nature même des

affections, les conditions d'une reconsidération était réunies selon la juriste de l'OAI. Dans un projet de décision du 7 octobre 2008, l'OAI a retenu que G.\_\_\_\_\_ présentait une pleine capacité de travail dans son activité de chauffeur-livreur. Il a considéré qu'on se trouvait dans un cas de reconsidération, de sorte que la rente d'invalidité servie à l'assuré devrait être supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. L'office a ajouté que, dans tous les cas, le Dr K.\_\_\_\_\_ avait préconisé une réévaluation régulière de la situation de l'assuré et que celui-ci ne présentait plus d'atteinte à la santé invalidante au vu des conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_. d) Le Dr R.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH consulté par l'assuré ensuite de l'envoi du projet de décision de l'OAI, a adressé un rapport médical à cet office, le 5 février 2009. Il a indiqué que l'assuré souffrait psychologiquement de l'enchaînement de "mauvais événements", soit la perte de son portefeuille avec tous ses papiers et de l'argent, le retrait de son permis de conduire pour cause d'ivresse au volant et la séparation d'avec son épouse, survenue au mois de septembre 2008. S'agissant de l'accident de circulation survenu alors qu'il se trouvait en état d'ébriété, l'assuré avait nié toute consommation excessive d'alcool et prétendu n'avoir bu qu'une seule bière, alors qu'un taux d'alcoolémie de 1,29 gr. o/oo avait été constaté. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a relevé que son patient présentait un ralentissement psychomoteur. Il a mis en évidence une symptomatologie dépressive marquée, caractérisée par les éléments suivants : tristesse sans pleurs, idées noires et suicidaires, aboulie et anhédonie. En outre, G.\_\_\_\_\_ présentait un niveau d'anxiété élevé et paraissait "être aux abois". Le psychiatre a relevé qu'interrogé sur les raisons qui le poussaient à travailler à 30 %, l'assuré avait répondu de manière floue en arguant du fait que les produits qu'il devait manipuler étaient nocifs. Au vu de ces éléments, le Dr R.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif, épisode actuel moyen récurrent depuis 2000, et de suspicion de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue. Selon ce psychiatre, l'incapacité de travail dans l'activité de chauffeur-livreur était de 70 %, pour une durée indéterminée. Le rendement de la capacité résiduelle de travail était moyennement réduit. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a estimé qu'une amélioration de la capacité de travail, à 50 %, pouvait être envisagée pour l'année 2010. e) Dans un avis médical du 19 mars 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé que les éléments d'anamnèse évoqués par le Dr R.\_\_\_\_\_ dénotaient une situation pénible sur le plan social, économique et professionnel, mais qu'ils ne permettaient pas de corroborer le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Il a également exclu le diagnostic de syndrome de dépendance à l'alcool, qui ne pouvait être retenu ensuite d'une seule alcoolémie ponctuelle. Enfin, le Dr F.\_\_\_\_\_ a souligné que le psychiatre traitant de l'assuré ne fournissait aucune indication médicale justifiant une capacité de travail réduite de 30 %. f) Le 24 mars 2009, l'OAI a rendu une décision identique à son projet du 7 octobre 2008. Dans une lettre envoyée à l'assuré à la même date, l'OAI a relevé que l'appréciation du Dr R.\_\_\_\_\_ s'appuyait essentiellement sur des arguments psychosociaux et non médicaux, de sorte qu'il n'était pas à même de fonder la constatation d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressé. L'avis du psychiatre traitant n'apportait en outre aucun élément nouveau. H. G.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision par acte du 22 avril 2009. Il fait valoir que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis qu'une demi-rente d'invalidité lui a été octroyée. Au contraire, selon lui, sa santé s'est détériorée, notamment en raison de la séparation d'avec son épouse, événement qui a accentué son état dépressif et ses insomnies. Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais qui lui avait été demandée. Dans sa réponse du 4 novembre 2009, l'OAI a estimé que le recourant ne faisait valoir aucun argument permettant de revenir sur la décision de suppression de la rente d'invalidité et a donc conclu au rejet du recours. E

n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent en matière d'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20] et art. 2 LPGA), sous réserve d'exceptions prévues dans la loi. En matière de contentieux, l'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. En l'espèce, la décision querellée émanant de l'OAI pour le canton de Vaud, elle est donc directement sujette à recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative à la suppression d'une demi-rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 francs (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cour doit en conséquence être composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire; RSV 173.01]).

c) Le recours, déposé auprès de l'autorité compétente dans le délai de 30 jours de l'art. 60 al. 1 LPGA, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. Le recourant estime qu'il présente une affection invalidante en raison d'un état dépressif et d'une cécité de l'œil droit. Il considère que l'autorité intimée a supprimé à tort la demi-rente qui lui avait été accordée à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2002. Implicitement, le recourant conclut donc à l'annulation de la décision entreprise. L'OAI ayant fondé sa décision sur l'art. 53 al. 2 LPGA, il convient en premier lieu d'examiner si les conditions d'une reconsidération étaient réunies.

3. a) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui codifie la jurisprudence antérieure à son entrée en vigueur (cf. ATF 127 V 466 c. 2.c et les réf. citées), l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour apprécier s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 c. 3 et les réf. citées; ATF 119 V 475 c. 1b/cc et les réf. citées). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (cf. ATF 135 V 215 c. 4.1). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait ou de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C\_359/2007 du 8 mai 2008 c. 2 et les réf. citées).

b) L'autorité intime s'est fondée sur un arrêt rendu par le Tribunal fédéral des assurances (I 123/000), le 23 octobre 2000, pour admettre qu'il y avait matière à

reconsidération. Dans l'affaire soumise au Tribunal fédéral, une rente d'invalidité avait été octroyée sur la base d'une première expertise retenant le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, avec une grave évolution régressive, chez une personnalité de structure psychotique sous-jacente. Une seconde expertise, mise en œuvre dans une autre procédure, avait conduit à la décision de suppression de la rente. Cette décision de suppression avait été contestée devant le tribunal cantonal des assurances, qui l'avait annulée. L'arrêt de ce tribunal avait fait l'objet d'un recours devant le Tribunal fédéral, déposé par l'office AI cantonal. De la seconde expertise, il ressortait que l'assuré ne présentait aucune pathologie psychotique sous-jacente ni aucun trouble neuro-psychologique, mais une névrose de compensation ou de rente; en outre, la personnalité était compensée. La capacité de travail avait été jugée intacte. Le second expert avait "démoli" l'une après l'autre les conclusions de l'expertise initiale et émis l'appréciation que le premier rapport était "absolument scandaleux". Dans ces conditions, le Tribunal fédéral a retenu que les divergences entre les deux rapports d'expertises portaient sur la nature même des affections et non sur l'appréciation des conséquences des troubles sur la capacité de travail de l'assuré. Partant, il a écarté l'application de la jurisprudence selon laquelle une simple divergence d'appréciation entre deux experts s'exprimant successivement sur le cas d'un assuré ne suffit pas pour faire apparaître une décision prise par l'administration comme entachée d'une inexactitude manifeste, propre à entraîner une reconsidération. Il a encore ajouté qu'il était douteux que le premier rapport d'expertise fût conforme aux exigences de la jurisprudence en la matière. Au vu de ces éléments, et même si le second rapport d'expertise paraissait "trop polémique" pour s'y référer sans autre, le Tribunal fédéral a admis qu'il existait un doute sérieux sur la pertinence des conclusions de la première expertise. En conséquence, il a annulé la décision dont était recours et renvoyé la cause au tribunal des assurances du canton concerné, afin que celui-ci mette en œuvre une expertise judiciaire avant de rendre une nouvelle décision. c) Dans la présente cause, on ne se trouve pas dans une situation similaire à celle ayant donné lieu à l'arrêt du Tribunal fédéral résumé ci-dessus. L'expertise sur laquelle l'OAI s'est fondée pour octroyer une demi-rente d'invalidité au recourant dès le 1<sup>er</sup> octobre 2002 a été rendue par un spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il ne fait pas de doute que le rapport rendu le 18 janvier 2005 répond aux exigences jurisprudentielles en la matière. Les conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_ n'étaient pas dépourvues de toute crédibilité et le second expert ne l'a d'ailleurs pas soutenu. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a uniquement fait part d'une différence d'appréciation et émis des doutes raisonnables au sujet des conclusions de la première expertise. De tels doutes ne sont toutefois pas suffisants pour admettre qu'il y avait lieu à reconsidération. La décision entreprise ne pouvait donc pas se fonder sur l'art. 53 al. 2 LPGA. 4. a) L'autorité intimée a également indiqué que le Dr K. \_\_\_\_\_ avait préconisé un réexamen régulier de la situation du recourant et, compte tenu des conclusions de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, qu'il fallait admettre que l'intéressé ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante. Implicitement, l'OAI a donc procédé à une révision, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, en retenant une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation ensuite du prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur (cf. ATF 135 V 215 c. 4.1). b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, qui reprend l'ancien art. 41 aLAI, abrogé lors de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 130 V 343 c. 3.5.1), lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. L'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur

l'assurance-invalidité; RS 831.01) précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. La diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI). Constitue un motif de révision n'importe quel fait propre à entraîner une modification du degré d'invalidité. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé de l'assuré, mais aussi lorsque cet état est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 c. 6.3; ATF 130 V 343 c. 3; TF 8C\_44/2008 du 7 janvier 2009 c. 3). Le point de savoir si un changement important 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 une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5; ATF 130 V 343 c. 3.5.2; ATF 125 V 369 c. 2 et la réf. citée). c) L'art. 87 al. 2 RAI prévoit que la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité. Dans la présente cause, l'OAI était donc fondé à réexaminer la situation du recourant, dès lors qu'il avait été prévu, lors de l'octroi de la demi-rente d'invalidité, de procéder à une révision le 1<sup>er</sup> mars 2006. Il résulte en outre de l'expertise du 19 novembre 2007 du Dr B. \_\_\_\_\_ que le recourant ne souffre d'aucune affection psychique invalidante. Il ne présente pas d'état dépressif diminuant sa capacité de travail. Il n'existe pas non plus de trouble de la personnalité. Dès lors, sur le plan médico-théorique, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans son activité de chauffeur-livreur, qu'il exerce à 30 %. Puisque la décision d'octroi d'une demi-rente retenait que le recourant était incapable de travailler et présentait une invalidité de 50 % en raison d'une dépression d'épuisement, il faut constater que la situation s'est modifiée de manière importante. La capacité de travail du recourant étant intacte dans l'activité habituelle, on ne saurait admettre une diminution de revenu, de sorte qu'il n'existe aucune invalidité (cf. art. 8 al. 1 LPGA). Ce constat justifie de rendre une nouvelle décision tendant à la suppression de la rente. d) Les attestations du Dr O. \_\_\_\_\_ ne sauraient remettre en cause cette appréciation. Celui-ci est en effet médecin généraliste et le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité qu'il a émis ne peut l'emporter sur les conclusions dûment motivées de l'expert psychiatre. C'est en outre le lieu de préciser que lorsqu'une expertise judiciaire est établie par un ou des spécialiste reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, comme c'est le cas en l'espèce, le juge ne saurait l'écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 c. 3.b/bb; TFA I 129/02 du 29 janvier 2003). Or, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec

réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3.b/cc et les réf. citées; VSI 2001 p. 106 c. 3.b/bb et cc). Ces considérations s'appliquent également aux arguments que le recourant entend tirer de l'avis médical du 5 février 2009 du Dr R.\_\_\_\_\_. Celui-ci est le psychiatre traitant du recourant, qui l'a consulté ensuite du projet de décision de l'OAI de supprimer la demi-rente d'invalidité octroyée dès le 1<sup>er</sup> octobre 2002. Son avis ne saurait dès lors prévaloir sur celui de l'expert B.\_\_\_\_\_. Au demeurant, la situation décrite par le Dr R.\_\_\_\_\_ n'est pas différente de celle évoquée par l'expert, sous réserve de certains événements négatifs survenus depuis l'expertise de 2007, comme la séparation d'avec son épouse et le retrait de son permis de conduire pour cause d'ivresse au volant. Il s'agit cependant d'éléments extramédicaux qui ne peuvent jouer un rôle déterminant dans l'appréciation de l'existence d'une atteinte à la santé invalidante. Le fait que le recourant ait dû faire face à des épreuves difficiles ces derniers temps ne peut donc fonder le diagnostic d'état dépressif marqué. D'ailleurs, le Dr R.\_\_\_\_\_ ne dit pas expressément que la limitation de la capacité de travail du recourant, telle qu'il l'admet, résulterait du diagnostic d'état dépressif qu'il a retenu. Il découle au contraire de son avis médical que la capacité de travail limitée se fonde sur le constat de la situation concrète de G.\_\_\_\_\_, qui travaille à 30%. Toutefois, s'agissant de l'AI, il faut admettre qu'on peut demander au recourant de faire un effort, certes conséquent, pour mettre en œuvre sa pleine capacité à travailler. e) En dernier lieu, on relèvera que le recourant soutient en vain que la cécité dont il souffre à l'œil droit l'empêcherait d'exercer son activité de chauffeur-livreur à plein temps. Il n'a produit aucun avis médical attestant cette allégation, qui se fonde bien plus sur des plaintes et des craintes subjectives de l'intéressé. 5. En définitive, le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. S'agissant d'une contestation portant sur le refus de prestations de l'AI, des frais, par 400 fr., sont mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI, 91 et 99 LPA-VD et 2 al. 1 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 22 avril 2009 par G.\_\_\_\_\_ est rejeté. II. La décision rendue le 24 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de G.\_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ G.\_\_\_\_\_, ■ 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 :