

## VD\_FINDINFO AI 236/10 - 283/2012 vom 27. August 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-08-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_236\\_10\\_-\\_283\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_236_10_-_283_2012)

FR: VD\_FINDINFO AI 236/10 - 283/2012 du 27 août 2012

IT: VD\_FINDINFO AI 236/10 - 283/2012 del 27 agosto 2012

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, RÉVISION{DÉCISION} |  
28 LAI, 17 al. 1 LPGA, 8 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 27.08.2012 AI 236/10 - 283/2012

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, RÉVISION{DÉCISION} |  
28 LAI, 17 al. 1 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 236/10 - 283/2012 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 août 2012

\_\_\_\_\_ Présidence de Mme Thalmann Juges : Mme Pasche  
et M. Bidiville, assesseur Greffière : Mme Parel \*\*\*\*\* Cause pendante entre :  
X. \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Lorraine Ruf, avocate à Lausanne,  
et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

\_\_\_\_\_ Art. 8, 17 al. 1 LPGA; 28 LAI E n f a i t : A. Le 4 septembre 2000,  
X. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré, le recourant), a déposé une demande de prestations AI  
auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), tendant  
à l'octroi d'une mesure de reclassement professionnel ou d'une rente pour des douleurs  
lombaires, des hernies inguinales gauche et droite, ainsi que des douleurs aux genoux. Selon  
le questionnaire pour l'employeur signé le 12 septembre 2000 par W. \_\_\_\_\_, l'assuré a  
travaillé pour le compte de cette entreprise dès le 12 avril 1995, en tant que  
magasinier-vendeur, vendeur puis caddie-man et portier à 100 %, pour un salaire mensuel  
brut de 3'410 fr. dès le 1<sup>er</sup> janvier 2000. Il n'a plus repris le travail depuis le 5 juillet 2000.  
Dans un rapport du 26 septembre 2000, le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin généraliste a posé les  
diagnostics suivants : "- Lombo-sciatalgies récidivantes sur troubles de la statique et  
dégénératif de la colonne lombaire (discopathie et relâchement ligamentaire L5-S1) -  
Douleurs persistantes au niveau des cicatrices des Cures de Hernie Inguinale G + Dr (97 et  
99) - FA épisodique et ESV traitée (1<sup>er</sup> épisode en 91?) - Etat anxio-dépressif - Probable  
syndrome douloureux somatoforme." Il a indiqué les incapacités de travail suivantes : 100  
% du 13 décembre 1999 au 25 juin 2000, 50 % du 26 juin au 4 juillet 2000 et 100 % dès le 5  
juillet 2000. Enfin, il a estimé qu'une rente AI à 100 % pourrait être envisagée pour ce  
patient. Dans son rapport du 21 mars 2001, le Dr R. \_\_\_\_\_ a mentionné une légère  
aggravation sur le plan physique et algique et un état dépressif. Il a joint différents rapports  
médicaux dont le rapport d'expertise du 15 décembre 2000 effectuée à la demande de  
l'assurance K. \_\_\_\_\_ par le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et  
réhabilitation. Cet expert a posé les diagnostics de "syndrome douloureux somatoforme  
persistant (F 45.4), somatisation (F 45.0) dans le cadre d'un syndrome anxio-dépressif (?)"  
et a notamment retenu ce qui suit : "Les plaintes actuelles de Monsieur X. \_\_\_\_\_ ne

correspondent pas à une pathologie précise de maladie rhumatismale. Ses douleurs sont continuelles, soulagées par aucun traitement, prenant toutes les articulations mais aussi le dos, l'abdomen etc. Il reste fixé sur sa hernie inguinale droite opérée il y a un an environ. Il parle en effet moins de son cœur que de sa hernie inguinale. Le Docteur Q. \_\_\_\_\_ consulté le 16.2.2000 pour des lombalgies constate "la présence d'un syndrome lombovertébral encore modéré... Il n'y a aucun déficit objectif du point de vue trophique, moteur, sensitif ni d'asymétrie des réflexes tendineux... Pas de signe en faveur d'une atteinte neurogène au niveau L5 et S1 du côté gauche". Il confirme également que le "Ct scan lombaire effectué en mai dernier est parfaitement normal" et termine en disant que "l'ensemble du tableau est dominé par un état anxio-dépressif". La Doctoresse V. \_\_\_\_\_, rhumatologue, fait la même remarque dans sa lettre datée du 21 mars 2000 "en constatant surtout un seuil douloureux très bas et un état probablement anxiodépressif", elle propose un traitement plus actif de renforcement musculaire. Malheureusement après 3 séances, il doit interrompre le traitement à cause de l'exacerbation de ses douleurs. La Doctoresse V. \_\_\_\_\_ écrit, dans sa lettre du 11 avril 2000, "qu'une prise en charge psychiatrique s'impose chez ce patient". Il me semble que la situation de Monsieur X. \_\_\_\_\_ s'est encore aggravée si je compare la description des status du Docteur Q. \_\_\_\_\_ et de la Doctoresse V. \_\_\_\_\_ avec celui que je fais le 7.12.2000. De purement physiques, les symptômes deviennent de plus en plus psychiques. Sur le plan rhumatologique, organique, rien n'explique l'importance des douleurs signalées par ce patient. Son état psychique l'empêche d'avoir une activité professionnelle normale et son incapacité de travail totale me paraît justifiée. Sa vie sociale et familiale s'en ressent aussi : "je ne peux rien faire, même pas porter un petit sac de commissions". A mon avis, le rhumatologue, comme le neurologue ne peut rien pour Monsieur X. \_\_\_\_\_ et c'est très judicieusement que le Docteur R. \_\_\_\_\_ l'adresse à un confrère psychiatre. Ce dernier affinera certainement le diagnostic : somatisation dans le cadre d'un syndrome dépressif, troubles somatoformes, autres?" Dans un rapport du 12 novembre 2002, le Dr Z. \_\_\_\_\_, psychiatre au Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a posé les diagnostics de trouble dépressif anxieux mixte (F42.1), chez une personnalité à traits dépendants et hypocondriaque, de trouble somatoforme douloureux et d'arythmie cardiaque sur fibrillation auriculaire paroxystique. Il a en outre indiqué ce qui suit : "Appréciation du cas L'assuré semble avoir connu une trajectoire professionnelle sans difficulté particulière. C'est alors qu'il travaille comme vendeur à la [...] à Lausanne que l'assuré commence à présenter des malaises, sur fond de trouble du rythme cardiaque, attribué par un examen cardiologique ultérieur à une fibrillation auriculaire paroxystique. Très inquiet, l'assuré commença à présenter des douleurs multiples qui vont en s'aggravant au point de constituer une totalgie. Dans son expertise du 15 décembre 2000, le Dr J. \_\_\_\_\_, rhumatologue, qui examine l'assuré pour le compte de la K. \_\_\_\_\_, diagnostique un syndrome douloureux somatoforme persistant dans le cadre d'un syndrome anxio-dépressif. Diverses tentatives de prise en charge psychiatrique sont interrompues par l'assuré qui n'en voit pas la nécessité, restant fixé sur le mode hypocondriaque à ses multiples symptômes. Il accepte néanmoins un traitement de Saroten R retard, puis de Seropram R, sans que ces derniers apportent de grandes améliorations, ni du point de vue de sa thymie, ni du point de vue de ses douleurs. Les troubles psychiatriques qu'il présente, sous la forme d'un état dépressif et anxieux mixte chez une personnalité à traits dépendants et hypocondriaques constituent une comorbidité à son trouble somatoforme douloureux. Les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré sont un état dépressif de degré moyen, des troubles de l'attention, de la concentration et de

la mémoire, et une fatigabilité, des préoccupations hypocondriaques, des insomnies, une personnalité à traits dépendants hypocondriaque décompensée. Concernant la capacité de travail exigible de l'assuré, elle n'excède pas 30 % en raison de sa pathologie psychiatrique. Des mesures de réadaptation ne sont pas envisageables, compte tenu de la fragilité de sa personnalité." Par décision du 7 mai 2003, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2000, fondée sur un degré d'invalidité de 70 %. L'OAI a notamment considéré ce qui suit : "Après examen de votre dossier et suite à l'analyse médicale et économique de votre situation, nous constatons qu'en raison de votre état de santé, vous présentez une incapacité de travail de longue durée, attestée médicalement : -à 100 % du 13.12.1999 au 25.06.2000, -à 50 % du 26.06.2000 au 04.07.2000, -à 100 % dès le 5 juillet 2000. (...) Afin d'évaluer au mieux votre capacité de travail, vous avez subi une expertise psychiatrique auprès de notre Service médical régional le 12 novembre 2002. Il ressort de cet examen que votre capacité de travail ne dépasse pas 30 % dans toutes activités. A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 13 décembre 2000, votre incapacité de travail et de gain est estimée à 70 %. A partir du 01.12.2000, vous avez droit à une rente de l'Al basée sur un degré d'invalidité de 70 %." B. Dans le cadre d'une procédure de révision de la rente ordonnée d'office par l'OAI, le Dr R. \_\_\_\_\_, dans un rapport du 14 avril 2005, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants : "- Lombo-sciatalgies récidivantes sur troubles de la statique et dégénératif de la colonne lombaire (discopathie et relâchement ligamentaire L5-S1) - Douleurs persistantes au niveau des cicatrices des cures de Hernie inguinale G + Dr (97et99) - FA épisodique et ESV traitée (1er épisode en 91 ?) - Etat anxio-dépressif." Il a indiqué comme nouveau diagnostic un diabète de type II non insulino-requérant, diagnostiqué en janvier 2005. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a constaté en outre ce qui suit : "5. Constatations objectives : le patient en état général conservé, âgé de 47 ans, pesant 68 kg (perte pondérale 4-5 kg depuis quelques mois). TAHG : 120/80, pouls réguliers 60/min. Auscultation cardio-pulmonaire sp. Pas de gangliopathie ni d'organomégalies. Mobilisation du dos et des MI est douloureuse. Le patient est triste, visage fermé. 6. Examens médicaux spécialisés : au dernier ECG tracé normal." Il a indiqué une incapacité de travail totale, l'activité exercée antérieurement n'étant plus exigible, ni aucune autre activité. Un examen de l'assuré a été effectué le 9 octobre 2006, dans le cadre du SMR, par les Drs T. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et E. \_\_\_\_\_, psychiatre, qui ont, dans leur rapport du 6 novembre 2006, posé les diagnostics suivants : "- avec répercussion sur la capacité de travail : • Aucun - sans répercussion sur la capacité de travail : • Trouble dépressif et anxieux mixte en rémission (F41.2) • Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) • Douleurs cervicales, aux épaules, abdominales et lombaires sans substrat anatomique, status après cures de hernie inguinale en 1997 à G et 1999 à D • Status après FA épisodique et extrasystoles ventriculaires • Diabète de type II depuis 2005" Ils ont en outre exposé notamment ce qui suit : "L'examen clinique actuel ne met en évidence aucune pathologie invalidante, si ce n'est un déconditionnement physique chez cet homme inactif depuis 2000. Les discrètes anomalies du status ostéoarticulaire n'expliquent en rien l'importance des plaintes et n'entraînent pas de limitations fonctionnelles, hormis celles découlant du simple bon sens qui déconseille les travaux physiques lourds et le port de charges lourdes chez une personne ayant subi une cure de hernie inguinale bilatérale. L'absence d'atteinte invalidante est corroborée par les documents radiologiques qui ne montrent pas de pathologies ostéoarticulaires importantes. Les diagnostics de diabète et d'arythmie cardiaque n'ont pas de répercussion négative sur la capacité de travail. Les douleurs abdominales, selon l'assuré

consécutives aux cures de hernies avec pose d'un filet, ne trouvent pas d'explication lors de l'examen; et aucune démarche ne semble avoir été faite depuis ces interventions à la recherche d'une cause chirurgicale (récidive de hernie, intolérance au filet). (...) Sur le plan psychique, il y a une nette amélioration : en comparaison avec le status fait le 12.11.2002, force est de constater que les préoccupations hypocondriaques, en particulier en ce qui concerne le coeur, sont nettement moins importantes actuellement, puisqu'elles ne sont aucunement mentionnées spontanément par l'assuré. L'assuré ne présente plus qu'une thymie modérément dépressive. Les troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire ne sont plus présents. Par contre l'assuré reste plaintif, il signale la persistance d'une grande fatigue et d'une importante diminution de l'endurance. Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, d'agoraphobie, de phobie sociale, de claustrophobie, de trouble de la personnalité morbide, de perturbations importantes de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques invalidantes. En conclusion, nous constatons une amélioration de l'état de l'assuré au niveau de la thymie dépressive et de la symptomatologie anxieuse qui actuellement ne justifie plus une diminution de la capacité de travail. Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de trouble dépressif et anxieux mixte en rémission et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte est en rémission et les quelques traits anxieux et dépressifs sont discrets et, selon les critères de la CIM-10, ne correspondent plus au diagnostic posé en 2002. Les traits dépendants et hypocondriaques de personnalité sont discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. Un trouble de la personnalité correspond à un dysfonctionnement durable des conduites et de l'expérience vécue déviant de la norme, donnant lieu à une altération du fonctionnement personnel, social et à une souffrance significative. Dans la règle, un tel trouble se manifeste d'ores et déjà à l'adolescence et au début de l'âge adulte, et il est stable dans le temps, ce qui ne correspond pas au cas de notre assuré. Nous n'avons pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant qui, selon la CIM-10, est caractérisé par la présence d'une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse non expliqué entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Effectivement, l'assuré présente une majoration des plaintes somatiques dans le cadre d'un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifié ou entretenu par l'état psychique du patient. L'assuré réagit par un sentiment de détresse à la douleur fluctuante, et il redoute une persistance ou une aggravation de son handicap. Actuellement, l'assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique invalidante, et en dépit de la majoration des symptômes somatiques, il ne présente pas de perturbations de l'environnement psychosocial. Il ne bénéficie pas d'une prise en charge rhumatologique ou psychiatrique et ne présente pas d'état psychique cristallisé. Les critères de sévérité de la jurisprudence actuelle ne sont pas réunis. Sur le plan psychiatrique, l'état de l'assuré s'est donc nettement amélioré, et en l'absence d'une pathologie psychiatrique invalidante, la capacité de travail exigible est entière dans toute activité. Nous ne pouvons pas situer la date de cette amélioration dans le temps, car selon l'assuré, son état est toujours le même.

Le médecin traitant atteste une aggravation en 2005, qui n'est ni corroborée par l'assuré qui décrit son état comme stationnaire depuis des années, ni retrouvée lors de l'examen actuel au SMR. Malgré le fait que la pathologie psychiatrique diagnostiquée en 2002 n'était pas invalidante selon les critères actuels de l'AI, nous proposons de situer cette amélioration de l'état de santé en octobre 2006. Les limitations fonctionnelles découlant de l'anamnèse et du status actuel sont respectées dans l'activité qu'avait exercée cet assuré. Le déconditionnement physique consécutif à la longue inactivité justifie une diminution de rendement de 50% dans toute activité pendant 3 mois. Passé ce délai, la capacité de travail est entière. Les limitations fonctionnelles physiques sont : pas de travaux physiques lourds et de port de charges lourdes. Les limitations fonctionnelles psychiatriques : pas de limitations fonctionnelles psychiatriques. Les difficultés de l'assuré de trouver une activité professionnelle, les difficultés financières et l'absence de motivation ne font pas partie du domaine médical. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins? Sur le plan psychiatrique, depuis décembre 1999. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Inchangé jusqu'à l'examen actuel. Incapacité de 0 % depuis octobre 2006 pour raison psychiatrique. Concernant la capacité de travail exigible, en conclusion, en l'absence d'une pathologie psychiatrique invalidante, selon les critères de l'AI, notre assuré présente une capacité de travail exigible à 100 % dans une activité adaptée à ses problèmes somatiques. Sur le plan physique, la situation est inchangée : la capacité de travail est entière dans une activité légère à modérée, et ceci après une période transitoire de 3 mois grevée d'une diminution de rendement de 50 % qui tient compte du déconditionnement physique dû à la longue incapacité de travail pour raison psychiatrique. En l'absence d'invalidité psychiatrique, c'est désormais cette capacité de travail qui doit être prise en compte. Capacité de travail exigible : Dans l'activité habituelle : 50 % depuis octobre 2006, 100 % trois mois plus tard Dans une activité adaptée : 50% depuis octobre 2006, 100 % trois mois plus tard." Par décision du 17 juin 2008, l'OAI, se fondant sur l'examen précité, a supprimé le droit de l'assuré à une rente dès le premier jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de la décision, soit dès le 1<sup>er</sup> août 2008 et retiré l'effet suspensif à cette décision. C. Par acte du 18 août 2008, X. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision. Il a notamment produit un rapport médical du 27 juin 2008 de la Dresse H. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe à la Polyclinique du département de psychiatrie du [...], qui a diagnostiqué un trouble dépressif majeur, épisode actuel modéré avec syndrome somatique. Elle a en outre relevé notamment ce qui suit : " Discussion Ce patient présente depuis son opération de hernie inguinale un tableau de décompensation psychique sur un mode anxieux et dépressif. Selon l'anamnèse du début de la maladie, un diagnostic d'attaque de panique paraît probable, sur la base des manifestations anxieuses autonomes aiguës à la reprise de son activité après sa convalescence. L'évitement de la confrontation au travail a permis de stabiliser les symptômes anxieux, laissant les symptomatologies douloureuse et dépressive comme principales manifestations de détresse. Actuellement, l'idée d'avoir à se confronter à une exigence possible d'activité du fait de la demande de révision AI, a fait réapparaître des difficultés sinon maintenues sous contrôle, compatibles avec un trouble dépressif modéré. Celui-ci se manifeste par une baisse de l'humeur, des ruminations anxieuses avec un sentiment d'incompétence et des craintes en lien avec le sentiment que le corps ne doit pas supporter le stress, des troubles du sommeil, une irritabilité, une agressivité passive. Par ailleurs, nous constatons un sentiment de dévalorisation, d'impuissance, des troubles de concentration, un retrait social, une incapacité à se projeter dans l'avenir, symptômes présents de longue date et exacerbés

actuellement. A ce tableau s'ajoutent des manifestations physiques de stress (palpitations, transpirations, faiblesse musculaire) et des plaintes physiques multiples dans l'origine somatique n'a pu être exclue par le Dr [...]. Le corps est globalement, vécu comme défaillant, il est l'objet de préoccupations anxieuses constantes. Le patient estime que le facteur limitant sa capacité de travail est d'origine physique. Toutefois, nous retenons actuellement une incapacité de travail de 100 % en raison de la sévérité des symptômes psychiatriques." Par arrêt du 27 mars 2009, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours pour des motifs d'ordre formel, la Dresse E.\_\_\_\_\_, à la date d'établissement de son rapport, n'étant pas au bénéfice d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal vaudois. La cause a dès lors été renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction, afin qu'il mette en oeuvre une expertise bidisciplinaire, puis rende une nouvelle décision. D. Le 16 juillet 2009, l'OAI a mandaté le Centre d'expertise médicale CEMED SA (ci-après : CEMED). L'expertise a été confiée aux Drs D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, qui ont établi leur rapport le 4 décembre 2009, et retenu les diagnostics suivants : "Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents? - Somatisation (F.45.0) Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? - Status post cures de hernies inguinales gauche et droite (1997 et 1999) avec douleurs résiduelles au niveau cicatriciel. - Fibrillation auriculaire paroxystique (2000) - Diabète type 2 et hypercholestérolémie (2005) - Stéatose hépatique (2005) - Troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis (protrusion discale L5-S1) - Coxarthrose droite débutante (2000) - Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4)" Les experts ont en outre exposé notamment ce qui suit : " Situation actuelle : Sur le plan ostéoarticulaire , selon Monsieur X.\_\_\_\_\_, la symptomatologie douloureuse a augmenté comparativement à sa situation en l'an 2000. Objectivement il n'y a pas d'élément probant. L'examen clinique est difficile, caractérisé surtout par des auto-limitations par crainte des douleurs, des réponses qui paraissent aléatoires et surtout non reproductibles lorsqu'on répète les épreuves et lorsqu'on compare la gestuelle spontanée et les mouvements demandés lors de l'examen proprement dit. On peut retenir des troubles statiques du rachis modérés ainsi que des troubles dégénératifs également modérés sous forme de discopathie en L5-S1 (protrusion discale). Les radiographies montrent également un début de coxarthrose droite, déjà présente en 2000 et sans aggravation nette. En fait il n'y a pas d'affection rhumatismale ou ostéo-articulaire au sens large permettant d'expliquer l'importante symptomatologie douloureuse et les répercussions qu'elles entraînent dans la vie quotidienne selon l'assuré. Sur le plan de la médecine interne , le problème est essentiellement des douleurs au niveau de la cicatrice opératoire de la hernie inguinale droite. Les douleurs irradient vers le bas ventre et obligent le patient à stopper toute activité et à s'étendre. Elles ne sont pas isolées et sont toujours accompagnées d'autres douleurs diffuses dorsolombaires essentiellement. Ce patient présente également une fibrillation auriculaire paroxystique traitée. Il dit cependant présenter des palpitations de manière itérative. Le diabète est relativement bien équilibré avec des valeurs qui oscillent entre 7 et 8 mmol/l (autocontrôles épisodiques). Lors de l'examen de ce jour, le patient est sous antibiothérapie en raison d'une bronchite infectieuse. Sur le plan psychique , M. X.\_\_\_\_\_ a essentiellement des douleurs avec une augmentation de celles-ci à la marche, de l'irritabilité, des troubles de concentration, un ralentissement psychique, des ruminations. Il ne décrit pas de tendance à mettre en doute les appréciations médicales, en

revanche il présente d'importantes angoisses somatiques. Il est plutôt réservé, adoptant des attitudes d'évitement lors de situations conflictuelles. Il ressent une fatigue constante secondaire aux douleurs. Il ressent occasionnellement de la tristesse et de la tension psychique. La capacité à éprouver du plaisir est réduite. Il ne présente pas d'idées noires ni d'idées suicidaires. Les douleurs sont extrêmement diffuses et intenses. Elles sont constantes. Elles sont diminuées par les médicaments mais l'effet est peu durable. Elles ont été aggravées par certaines mesures thérapeutiques (intervention chirurgicale, physiothérapie active). L'assuré consacre une partie de son temps à rester présent au côté de son épouse par crainte qu'elle chute. Comme hobby, l'assuré fait encore des promenades. Il n'a pas d'autre activité. A l'examen clinique on observe que l'assuré est ponctuel à son rendez-vous. Sa présentation est sans particularité. Il se déplace librement et sans difficulté. Il ne présente pas de foetor alcoolique. Il s'exprime bien en français et l'entretien ne nécessite pas la présence d'un traducteur. L'assuré a bien compris les motifs de l'évaluation de ce jour. Il n'y a pas de comportement algique durant l'entretien. On observe un rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs. Les capacités d'élaboration psychique ne sont pas très développées. L'assuré ne paraît pas particulièrement désespéré. L'évocation des douleurs n'est pas accompagné d'un sentiment de détresse. Spontanément il n'exprime pas d'autres symptômes somatiques. Il ne présente pas de troubles cognitifs manifestes. On n'observe pas de labilité émotionnelle, de tristesse envahissante, de ralentissement ni d'accélération psychique, ni de fatigue. Le monitoring thérapeutique montre une bonne compliance au citalopram (antidépresseur) avec des taux thérapeutiques. En revanche le paracétamol (antalgique) n'est pas détectable. Sur la base de ces éléments, nous aborderons les éléments suivants : 1. Trouble somatoforme L'assuré a initialement exprimé des plaintes somatiques (sensation de malaise caractérisées par la présence de vertiges et de nausées) ce qui a été le motif initial de l'incapacité de travail. L'assuré rapportait aussi des palpitations ce qui a conduit au diagnostic de fibrillation auriculaire . L'assuré a aussi été évalué pour des douleurs. Dès 2000, plusieurs intervenants ont décrit un comportement très démonstratif (Dresse V. \_\_\_\_\_, Dr J. \_\_\_\_\_) et une mauvaise réponse aux divers traitements entrepris. Ces constats ont très vite orienté ses thérapeutes sur une éventuelle affection psychiatrique. Un suivi psychothérapeutique a été proposé, mais l'assuré n'a été vu que de façon ponctuelle. En revanche un traitement antidépresseur a été rapidement introduit. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de somatisation (F45.0) a été mentionné en décembre 2000. Ce type d'affection a été repris dans l'évaluation du SMR de novembre 2002 sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, sans mention du code diagnostic. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) a ensuite été écarté lors de l'évaluation du SMR d'octobre 2006 sans que les motifs soient clairement explicités. Il est toutefois mentionné que l'assuré réagit par un sentiment de détresse à la douleur fluctuante et qu'il redoute une persistance et une aggravation de son handicap. L'anxiété liée à son état somatique est bien mentionnée. Ce symptôme est fréquemment rencontré dans les troubles somatoformes. Finalement on retient le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Finalement aucun trouble somatoforme n'est mentionné lors de l'évaluation psychiatrique au centre de consultation psychiatrique et psychothérapeutique. Pour notre part, nous retrouvons des préoccupations somatiques à l'anamnèse avec un discours centré sur les douleurs. Cela concerne tant son entourage (épouse, soeur par le passé) que sa santé (coeur, diabète). L'assuré parvient à être rassuré par les examens médicaux et il n'a pas tendance à consulter d'autres médecins de sa propre

initiative. A notre avis ceci permet d'exclure une hypochondrie (F45.2). Toutefois l'anxiété persiste et l'assuré présente toujours de multiples plaintes somatiques qui ne concernent pas uniquement les douleurs. Il est rapporté que le moindre effort fait apparaître des palpitations, des transpirations et des douleurs multiples. Ceci parle en faveur d'une somatisation (F45.0) plus que d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Nous n'avons pas observé de comportement manifestement démonstratif ce qui nous permet d'exclure le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F66.0), mais l'assuré adopte parfois des comportements démonstratifs. L'anamnèse et la lecture du dossier médical ne mettent pas clairement en évidence un facteur déclanchant particulier. L'affection est de sévérité moyenne. D'une part il y a une faible réponse au traitement. D'autre part l'assuré parvient temporairement à être rassuré.

2. Trouble de l'humeur Ce type d'affection n'était pas mentionné dans la demande de prestations. Dès 2000, les différents intervenants ont décrit un état anxio-dépressif et un traitement antidépresseur a été assez rapidement introduit. En novembre 2002, le Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR retenait des troubles dépressifs et anxieux mixtes (F42.1). Le code diagnostic était faux, car il correspondait à un trouble obsessionnel et compulsif. Dans la CIM-10, cet énoncé (énoncé exact : trouble anxieux et dépressif mixte) correspond au code diagnostic F41.2. Le diagnostic d'état anxio-dépressif est toujours retenu en 2005 par le Dr R. \_\_\_\_\_. Dans l'évaluation d'octobre 2006 au SMR, on juge que le trouble dépressif et anxieux mixte (F41.2) est en rémission. Dans le texte on stipule que le code F42.1 correspondait en fait au F32.1 soit un épisode dépressif moyen lors de l'évaluation de 2002. L'évaluation psychiatrique effectuée au printemps 2008 conclut à un trouble dépressif majeur, épisode actuel modéré avec syndrome somatique. L'épisode survient dans le contexte d'une suppression de rente. Un certain nombre de plaintes est exprimé, dont une tristesse, mais à l'examen clinique on décrit une thymie neutre. Lors de notre évaluation, les plaintes subjectives étaient plus sévères que les constatations objectives. Nous n'avons pas observé de tristesse, de fatigue, de ralentissement, ni de trouble cognitif marqué. Sur la base des plaintes subjectives nous pouvons toutefois retenir une dysthymie (F34.1). Ce trouble se manifeste notamment par une réduction de la capacité à éprouver du plaisir et de l'irritabilité. Cette affection accompagne fréquemment un trouble somatoforme. Il ne s'agit pas d'une affection sévère. L'assuré a présenté un épisode dépressif en 2000 et en 2008. Actuellement le tableau clinique n'atteint pas le seuil diagnostic d'un épisode dépressif majeur et l'on doit considérer que le trouble dépressif est en rémission (F33.4).

3. Trouble anxieux L'assuré a présenté des symptômes compatibles avec un trouble panique en 2000. Cela est décrit dans le rapport initial du Dr R. \_\_\_\_\_ et lors de l'évaluation psychiatrique de 2008. Actuellement on ne retrouve plus les manifestations d'une telle affection, mais il y a incontestablement une faible tolérance au stress. L'anxiété se manifeste essentiellement sous la forme de préoccupations somatiques.

4. Structure de la personnalité Aucun trouble de la personnalité n'a été décrit par le passé. Comme nos confrères lors de leur évaluation de 2008, nous retrouvons des attitudes d'évitement lors de situations conflictuelles, Il y a probablement une composante passive-agressive, mais l'anamnèse ne démontre pas que cela a été suffisamment sévère par le passé pour provoquer des difficultés professionnelles.

5. Fonctionnement au quotidien et ressources personnelles A notre avis, l'assuré a des compétences intellectuelles tout à fait dans la norme. Il s'exprime relativement bien en français. Dans son rapport médical initial, le Dr R. \_\_\_\_\_ avait mentionné qu'une éventuelle réadaptation est à envisager pour un métier intellectuel. Il ajoutait que cela lui paraissait impossible à réaliser sans en préciser les motifs. On note que l'assuré est apte à

s'occuper des tâches administratives. Il peut se rendre à la banque pour s'assurer que des paiements ont été effectués. Toutefois il se plaint de trouble de la concentration et les paiements doivent être contrôlés par l'un de ses fils. L'assuré débute ses journées relativement tôt. Bien qu'il décrive le besoin de repos, il parvient aussi à se préoccuper pour son épouse en l'accompagnant dans son travail. L'assuré conserve des contacts avec sa famille au Portugal. Il ne rapporte pas de relation amicale en Suisse. Synthèse et conclusions : Sur le plan ostéoarticulaire l'importante symptomatologie douloureuse ne peut pas s'expliquer par les atteintes organiques. Les troubles statiques et dégénératifs du rachis sont modérés et il y a un début de coxarthrose droite, mais ces éléments n'entraînent pas d'incapacité de travail significative et durable. En conséquence du point de vue rhumatismal la capacité de travail est entière dans l'ancienne activité de magasinier-vendeur dans une grande surface. Sur le plan de la médecine interne l'assuré se plaint de cicatrices douloureuses depuis les interventions qui datent de 10 ans et 12 ans, mais surtout à droite. Par ailleurs la douleur diffuse au-delà de la région concernée. Nous n'avons pas trouvé d'explication somatique à ces douleurs qui doivent être comprises par rapport à l'ensemble des plaintes douloureuses sans substrat organique. M. X. \_\_\_\_\_ a présenté un épisode de fibrillation auriculaire paroxystique prouvé par un tracé ECG en 2000 et a été mis au bénéfice d'un traitement de Sotalex. Il décrit des épisodes de palpitations épisodiques sans que l'on puisse affirmer qu'il s'agisse de fibrillation auriculaire. Il n'y a pas de coronaropathie (test d'effort normal). En 2005, il a été mis en évidence un diabète de type 2, traité par régime et médication orale, les glycémies se situent dans des zones normales. Il présente également une hypercholestérolémie traitée. Lors de l'examen de ce jour, les valeurs tensionnelles sont au-dessus des valeurs normales et il y aurait lieu de les confirmer et d'instaurer un traitement si le diagnostic d'hypertension artérielle se confirmait. Ces valeurs peuvent également être dues au contexte de l'expertise. Les échographies abdominales ont également mis en évidence une stéatose hépatique dont l'origine n'est probablement pas due à une consommation exagérée d'alcool. Aucune de ces affections qui sont traitables n'est invalidante. Sur le plan psychique, les limitations fonctionnelles actuelles sont en lien avec une importante préoccupation physique. L'assuré est très anxieux dès qu'il ressent des symptômes physiques tels que des palpitations ou des douleurs. Pour cette raison il se limite dans ses efforts par crainte de déclencher de telles manifestations physiques. Ces limitations fonctionnelles sont en lien exclusif avec la somatisation (F45.0). Cela le limite dans une activité physique. La dernière activité professionnelle à la W. \_\_\_\_\_ ne semblait pas être particulièrement physique, dans une activité peu exigeante sur le plan physique, il n'y a donc pas de limitations de la capacité de travail. L'assuré a présenté une péjoration de la thymie suite à l'annonce d'une suppression de ses prestations sociales. Actuellement, M. X. \_\_\_\_\_ ne présente plus de limitation en lien avec un trouble de l'humeur." En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, les experts n'en n'indiquent aucune sur le plan physique. A la question, depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins, les experts répondent qu'il n'y a pas eu de problèmes médicaux ou psychiques suffisamment importants justifiant une incapacité de travail durable. Le 25 janvier 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'une suppression de la rente au 1<sup>er</sup> août 2008. Se fondant sur l'expertise du CEMED, il a considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée, telle que les activités industrielles légères, le petit montage-assemblage, la surveillance d'un processus de production ou le conditionnement léger, pour autant que ces activités n'impliquent pas de travaux lourds ni de port de charges lourdes. L'OAI a ensuite procédé à

une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'588 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) en 2004, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41,6 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2006 (+ 1.00 % et + 1.20 %) et d'un taux d'abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 52'672 fr. 31. Quant au gain que l'assuré aurait réalisé, sans atteinte à la santé, auprès de son ancien employeur en 2006, l'OAI a retenu le montant de 50'076 francs. Par conséquent, dès lors que le revenu auquel l'assuré pouvait prétendre dans une activité adaptée était supérieur au revenu réalisable en bonne santé, l'intéressé ne présentait ni perte économique, ni invalidité au sens de l'Al. Par courrier du 30 avril 2010, X. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté la suppression de sa rente. Il a allégué que l'amélioration de son état de santé psychique n'était que relative et très récente (automne 2009) et qu'il souffrait de douleurs musculaires diverses qui l'empêchaient d'exercer son activité antérieure. Par décision du 20 mai 2010, l'OAI a confirmé le préavis susmentionné, à savoir la suppression de la rente au 1<sup>er</sup> août 2008. E. Par acte du 25 juin 2010, X. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de Me Ruf, a recouru contre la décision rendue par l'OAI le 20 mai 2010, en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que la rente Al entière est maintenue, subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction. Le recourant soutient que l'OAI a mené une instruction lacunaire et incomplète, dès lors notamment que le rapport du CEMED est contestable, plusieurs contradictions pouvant être constatées entre l'anamnèse et l'examen (par exemple alors que le recourant s'est plaint de problèmes de concentration, d'un ralentissement psychique, de ruminations et de fatigue constante, ces éléments ne se retrouvent pas dans le status psychique). Il allègue également qu'alors qu'il se plaint d'importantes douleurs au niveau des plis inguinaux, les experts indiquent ne pas avoir trouvé d'explication à ces douleurs pour lesquelles ils n'ont pas trouvé de substrats organiques, alors que la littérature médicale contient selon le recourant des explications à ce sujet et considère que dans 16 % des cas, les douleurs postopératoires provoquent un handicap dans la vie quotidienne. Le recourant sollicite la mise en oeuvre d'une expertise médicale indépendante visant à déterminer les troubles actuels dont il souffre et sa capacité de travail sur le plan physique et psychiatrique. Il sollicite également que l'instruction du recours soit suspendue, afin de lui permettre de produire un rapport d'expertise privée. Dans sa réponse du 23 septembre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il soutient que l'anamnèse correspond aux déclarations de la personne expertisée, renseignements par définition subjectifs et qu'il n'est dès lors pas rare que ces éléments ne se retrouvent pas au status, mais que cela indique que les experts ont interprété les déclarations du recourant avec le recul nécessaire, ce qui constitue un élément primordial s'agissant d'un mandat d'expertise, par opposition à un mandat thérapeutique. Dans sa réplique du 22 novembre 2010, le recourant a maintenu ses conclusions et a produit le rapport d'une échographie testiculaire et abdominale pratiquée le 2 novembre 2010 par le Dr P. \_\_\_\_\_, radiologue FMH, qui conclut notamment à une "image échographique d'une petite récurrence de hernie inguinale indirecte bilatérale ressentie comme très douloureuse par le patient, contenant de la graisse épiploïque et augmentant légèrement de volume lors de la manoeuvre de Valsalva". Par duplique du 13 décembre 2010, l'OAI a maintenu ses conclusions. Il relève en outre que le rapport médical produit ne concerne qu'un examen d'imagerie, alors que l'évaluation de la capacité de travail découle avant tout de l'examen clinique ainsi que des

limitations fonctionnelles, éléments auxquels le rapport produit par le recourant ne fait aucunement mention. Il ajoute que l'échographie abdominale du 20 septembre 2009, réalisée dans le cadre de l'expertise du CEMED, ne fait rien ressortir de particulier, que la petite récidive de hernie inguinale est donc apparue entre cet examen et celui réalisé le 2 novembre 2010 et qu'à défaut d'autre indication ou élément objectif permettant de dater cette aggravation, il convient de retenir la date de l'examen, soit le 2 novembre 2010, soit postérieurement à la décision attaquée. Par ordonnance du 15 juillet 2011, un délai au 30 août 2011 a été imparti au recourant pour déposer le rapport d'expertise privée qu'il avait annoncé. A ce jour aucun rapport n'a été déposé. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831 .20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1 er janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125V 413 consid. 2c et les références; TF 9C\_44112008 arrêt du 10 juin 2009, consid. 2). b) En l'espèce, le litige porte sur la suppression, par voie de révision, du droit du recourant à une rente entière d'invalidité, avec effet au 1 er août 2008. Il s'agit de déterminer si l'invalidité du recourant s'est modifiée de manière à influencer son droit à la rente entre le 7 mai 2003, date de la décision initiale par laquelle cette prestation lui a été accordée, et le 20 mai 2010, date de la décision litigieuse. Le recourant s'estime en effet totalement incapable de travailler et fait valoir qu'aucune amélioration de son état pouvant influencer sur sa capacité de travail n'était intervenue à la date déterminante. Par conséquent, une suppression de sa rente ne serait pas justifiée. 4. a) 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 et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343, consid. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée 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 prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108; TF 9C\_43112009 arrêt du 3 novembre 2009, consid. 2.1. et les références). b) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). Selon la jurisprudence, les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère toutefois 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 (TF 9C\_547/2008 arrêt du 19 juin 2009, consid. 2.1 et les références). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. 5. a) Pour pouvoir calculer 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. 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 261, consid. 4 et les références; TF 9C\_519/2008 arrêt du 10 mars 2009, consid. 2.1). b) 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, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231, consid. 5.1; ATF 125 V 351, consid. 3a et les références; TF

9C\_1023/2008 arrêt du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). 6. En l'espèce, il convient de déterminer si les conditions d'une révision sont remplies. a) Sur le plan somatique, le Dr R.\_\_\_\_\_ avait notamment diagnostiqué (rapport du 26 septembre 2000) des lombosciatalgies récidivantes sur troubles de la statique et dégénératif de la colonne lombaire, des douleurs persistantes au niveau des cicatrices des cures de hernie inguinale gauche et droite et le Dr J.\_\_\_\_\_ (rapport du 15 décembre 2000) notamment des épisodes de fibrillation auriculaire paroxystique. Ce praticien relevait en outre que le recourant restait fixé sur sa hernie inguinale droite et que sur le plan purement physique les symptômes devenaient de plus en plus psychiques. Il observait que sur le plan rhumatologique, organique, rien n'expliquait l'importance des douleurs signalées mais que l'état psychique du recourant l'empêchait d'avoir une activité professionnelle normale et que son incapacité de travail lui paraissait justifiée. Il apparaîtrait ainsi que sur le plan somatique, aucune incapacité de travail n'a été retenue par les médecins consultés lors de la décision initiale de rente. Dans le cadre de la procédure de révision, les experts retiennent le diagnostic de status post cure de hernie inguinale gauche et droite avec douleurs résiduelles au niveau cicatriciel, une fibrillation auriculaire paroxystique, un diabète type 2 et une hypercholestérolémie, une stéatose hépatique, des troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis ainsi qu'une coxarthrose droite débutante. Ils estiment qu'aucun de ces diagnostics n'entraîne d'incapacité de travail. Sur le plan ostéoarticulaire, ils expliquent que la symptomatologie douloureuse ne peut pas s'expliquer par les atteintes organiques, les troubles du rachis étant modérés et qu'il y a uniquement un début de coxarthrose droite. Sur le plan la médecine interne, les experts n'ont pas trouvé d'explication somatique aux douleurs dont se plaint le recourant relativement à ses cicatrices depuis les interventions datant de 10 et 12 ans. Ils relèvent que le recourant a présenté un épisode de fibrillation auriculaire paroxystique mais qu'il n'y a pas de coronaropathie. Ils estiment dès lors que ces affections ne sont pas invalidantes. Les experts confirment ainsi les conclusions des Drs T.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ (rapport du 9 octobre 2006), qui estimaient que les discrètes anomalies du status ostéoarticulaire n'expliquaient en rien l'importance des plaintes et n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles, hormis celles découlant du simple bon sens qui déconseille les travaux physiques lourds et le port de charges lourdes chez une personne ayant subi une cure de hernie inguinale bilatérale. Ils ajoutaient que les diagnostics de diabète et d'arythmie cardiaque n'avaient pas de répercussion négative sur la capacité de travail, ni les douleurs abdominales, celles-ci ne trouvant d'ailleurs pas d'explication lors de l'examen. Ces conclusions ne sont pas mises en doute par le rapport du 2 novembre 2010 du Dr P.\_\_\_\_\_, qui conclut notamment à une image échographique d'une petite récurrence de hernie inguinale indirecte bilatérale. En effet, l'échographie abdominale du 20 septembre 2009, sur laquelle se sont notamment fondés les experts (rapport d'expertise, p.14) ne montrait pas une telle récurrence. Celle-ci n'ayant été observée qu'à fin 2010, elle a selon toute vraisemblance eu lieu postérieurement à la décision attaquée. En outre le Dr P.\_\_\_\_\_ n'indique aucune incapacité de travail due à cette affection, ni aucun autre médecin d'ailleurs. On relèvera enfin qu'il n'est pas contradictoire de mentionner, comme l'ont fait les experts, les plaintes du recourant quant à ses douleurs abdominales et les constatations de ceux-ci lors de l'examen clinique, lesquelles n'ont pas permis d'expliquer lesdites douleurs. Enfin les conclusions du Dr R.\_\_\_\_\_ (rapport du 14 avril 2005) ne peuvent être suivies dès lors qu'elles sont insuffisamment documentées. Il y a dès lors de retenir une pleine capacité de travail sur le plan somatique. b) Sur le plan psychiatrique, le Dr Z.\_\_\_\_\_ (rapport du 12 novembre 2002) avait retenu un état dépressif de degré

moyen, des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, et une fatigabilité, des préoccupations hypocondriaques, des insomnies, une personnalité à traits dépendants hypocondriaque décompensée. Il avait alors conclu à un trouble dépressif anxieux mixte chez une personnalité à traits dépendants et hypocondriaque. Il avait également retenu les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et d'arythmie cardiaque sur fibrillation auriculaire paroxystique. Les experts, quant à eux, ont retenu le diagnostic de somatisation, ce diagnostic n'entraînant pas d'incapacité de travail dans des activités physiques sans effort et un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission n'ayant pas de conséquence sur la capacité de travail. Ils ont observé lors de l'examen clinique un rétrécissement du champ de la pensée du recourant sur ses douleurs et que ses capacités d'élaboration psychique n'étaient pas très développées. Celui-ci n'a toutefois pas eu de comportement algique pendant l'entretien et n'a pas paru particulièrement désespéré. L'évocation des douleurs n'était pas accompagnée d'un sentiment de détresse et le recourant n'a pas présenté de troubles cognitifs manifestes. Aucune labilité émotionnelle, tristesse envahissante, ralentissement ni d'accélération psychique n'ont été constatés par les experts. Ainsi, les experts, après avoir mentionné les plaintes du recourant, comme ils en ont l'obligation lors d'une expertise, ont ensuite, comme ils en ont l'obligation également, fait part de leurs constatations objectives. Que celles-ci ne confirment pas les plaintes du recourant n'apparaît ainsi pas contradictoire. Les experts ont retenu que les limitations fonctionnelles actuelles étaient en lien avec une importante préoccupation physique, le recourant étant très anxieux dès qu'il ressent des symptômes physiques tels que des palpitations ou des douleurs, raison pour laquelle il se limite dans ses efforts par crainte de déclencher de telles manifestations physiques. Ils ont considéré que cela le limitait dans une activité physique mais pas dans sa dernière activité professionnelle qui ne semblait pas particulièrement exigeante sur le plan physique. Ces constatations confirment celles des Drs T.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ (rapport du 9 octobre 2006), lesquels ont notamment relevé que le recourant ne présentait plus qu'une thymie modérément dépressive, les troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire n'étant plus présents. Ils ont ainsi constaté lors de leur examen du 9 octobre 2006 une nette amélioration de l'état du recourant sur le plan psychique. Le recourant a certes présenté une péjoration de la thymie suite à l'annonce d'une suppression de ses prestations sociales comme l'indique la Dresse H.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 27 juin 2008. Cette aggravation était toutefois réactionnelle et passagère, une limitation en lien avec un trouble de l'humeur n'ayant pas été constatée par les experts. Même si leurs diagnostics présentent certaines divergences, les experts retenant ceux de somatisation et de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission et les Drs T.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ de trouble dépressif et anxieux mixte en rémission et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ces praticiens ne retiennent pas d'incapacité de travail dans une activité telle que celle exercée par le recourant à la W.\_\_\_\_\_. Il n'y a aucun autre rapport médical émanant de spécialistes mettant en doute ces conclusions. Force est dès lors de retenir une pleine capacité de travail du recourant dans une activité telle que son activité habituelle. S'agissant de la date à partir de laquelle est intervenue l'amélioration de l'état de santé du recourant, les experts mentionnent qu'il n'y a pas eu d'incapacité de travail, mais sans motiver cette appréciation. Il y a dès lors lieu de retenir avec les Drs T.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ le mois d'octobre 2006, date de l'examen du recourant par ces médecins, lesquels ont décrit de manière précise la nette amélioration de l'état de santé du recourant qu'ils ont constatée. c) Le dossier étant complet sur le plant médical permettant ainsi à la Cour de céans de se

prononcer en toute connaissance de cause, la requête d'expertise présentée par le recourant doit être rejetée. Le juge peut en effet renoncer à un complément d'instruction sans que cela entraîne une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves, ATF 106 la 162, consid. 2b; TF 8C\_659/2007 arrêt du 27 mars 2008, consid. 3.2 et les références citées).

7. Sur le plan économique, le recourant a une capacité de travail complète dans son activité habituelle. L'OAI a en outre effectué une comparaison des revenus entre le salaire sans invalidité qui aurait été celui du recourant en 2006 et le revenu qu'il pourrait obtenir calculé sur la base de l'ESS. Le recourant n'a pas critiqué ce calcul à juste titre. En effet, vérifié d'office, son résultat ne prête pas le flanc à la critique.

8. Selon la jurisprudence, le retrait de l'effet suspensif survenant dans le cadre de la suppression ou de la diminution d'une rente ou d'une allocation pour impotent décidée par voie de révision couvre la période d'instruction complémentaire prescrite par renvoi de l'autorité de recours jusqu'à la notification de la nouvelle décision sous réserve d'une éventuelle ouverture anticipée potentiellement abusive de la procédure de révision. L'élément distinctif déterminant consiste dans le moment auquel survient le changement notable de circonstances influençant le droit aux prestations au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (soit durant la procédure initiale d'instruction, soit durant la procédure d'instruction complémentaire : TF 9C\_288/2010 arrêt du 22 décembre 2010 et références citées). En l'espèce, la décision rendue le 17 juin 2008 par l'OAI supprimait la rente dès le 1<sup>er</sup> août 2008. Celle décision retirait l'effet suspensif à un éventuel recours. L'état de santé du recourant s'est amélioré dès octobre 2006, celui-ci ne subissant plus d'invalidité à cette date. Le changement notable de circonstances influençant le droit aux prestations au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA est ainsi intervenu durant la procédure initiale d'instruction. C'est dès lors à juste titre que l'OAI, dans la décision du 20 mai 2010, a supprimé la rente dès le 1<sup>er</sup> août 2008. Par conséquent, conforme au droit, la décision attaquée doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

9. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance- invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de la charge liée à la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 et 50 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 et 56 al. 3 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 20 mai 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Lorraine Ruf, avocate à Lausanne (pour le recourant), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le

Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.