

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2010 / 407 vom 23. März 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-03-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2010\\_\\_407](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2010__407)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2010 / 407 du 23 mars 2010

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2010 / 407 del 23 marzo 2010

### Regeste

RÉVISION DE LA RENTE, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL}, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, QUART DE RENTE | 28 al. 2 LAI, 16 LPGA, 17 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 23.03.2010 Arrêt / 2010 / 407

RÉVISION DE LA RENTE, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL}, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, QUART DE RENTE | 28 al. 2 LAI, 16 LPGA, 17 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 452/08 - 119/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mars 2010

Présidence de Mme Di Ferro Demierre Juges : MM.

Jomini et Neu Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer \*\*\*\*\* Cause pendante entre :

A. \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Sandrine Osojnak, avocate à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

Art. 16 LPGA, 17 al. 1 LPGA et 28 al. 2 LAI E n f a i t : A.

A. \_\_\_\_\_, né le 9 mai 1950, qui présentait des pathologies invalidantes découlant de son alcoolisme, a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 1997, par décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) du 29 mars 1999. Cette décision se fondait essentiellement sur l'avis du généraliste traitant de l'intéressé, le Dr T. \_\_\_\_\_, dont le rapport du 8 décembre 1997 faisait état d'une cirrhose éthylique child-C avec ascite, d'une encéphalopathie de Wernicke, d'une anémie macrocytaire et d'une polyneuropathie éthylique, affections qui contre-indiquaient toute reprise d'activité professionnelle depuis le mois d'octobre 1997, pour une durée indéterminée. Cet avis était confirmé par le Dr P. \_\_\_\_\_, interniste, qui retenait, dans un rapport du 2 octobre 1998, les diagnostics de cirrhose éthylique ascitogène partiellement compensée médicamenteusement et de névrose de caractère et fixait l'incapacité de travail à 100% dans l'activité habituelle de croque-mort depuis 1996 et définitivement. B. Au terme d'une première procédure de révision, le droit à la rente entière a été maintenu par décision du 12 septembre 2001, sur la base d'un rapport actualisé du Dr P. \_\_\_\_\_ du 15 mai 2001. Celui-ci constatait une amélioration de l'état de santé de son patient au niveau de l'équilibrage de l'ascite permettant un allègement thérapeutique relatif, tout en émettant un pronostic réservé au vu de l'importance de l'atteinte et de sa durée, ainsi que de la persistance de la névrose de caractère. En effet, le médecin relevait que l'équilibre restait très fragile et l'intéressé ambivalent face à la contrainte thérapeutique nécessaire, même s'il parvenait à une bonne adhésion avec un suivi régulier, l'incapacité de travail demeurant dès lors entière dans toute activité. C. En septembre 2003, l'OAI a entamé une deuxième

procédure de révision d'office du droit à la rente de l'assuré. Dans le cadre de celle-ci, le Dr P. \_\_\_\_\_ a confirmé, le 24 novembre 2003, les diagnostics principaux de cirrhose éthylique ascitogène compensée médicamenteusement et de névrose de caractère. Il constatait que, depuis son précédent rapport de 2001, l'état de santé de l'intéressé était resté satisfaisant compte tenu du contexte, avec une bonne adhésion thérapeutique à l'ensemble du programme tant médicamenteux pour la cirrhose que comportemental au niveau de l'abstinence. Il relevait que les contrôles biologiques s'étaient révélés rassurants et que la radiologie pratiquée en 2002 avait montré un substrat arthrosique aux lombalgies signalées. Au plan thérapeutique, il notait que l'adhésion était bonne et que son patient gérait le traitement diurétique de manière autonome et adéquate tenant compte de la stabilité pondérale obtenue. Il précisait enfin que la stabilité de la situation dans la durée permettait d'espérer sa poursuite à l'avenir. L'assuré a été examiné par les Drs [...] et [...] du Département X. \_\_\_\_\_ du Centre Y. \_\_\_\_\_, lesquels ont retenu, dans leur rapport du 16 septembre 2005, les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation épisodique, et de trouble mixte de la personnalité à traits paranoïaques et antisociaux. Les médecins du Département X. \_\_\_\_\_ précisaient en outre ce qui suit : « 5) Appréciation du cas et pronostic Monsieur A. \_\_\_\_\_ présente une problématique alcoolique ayant entraîné des complications somatiques ainsi qu'une pathologie du caractère. Sa personnalité contient des traits paranoïaques comme une méfiance importante, il se montre soupçonneux et interprétant pendant les entretiens. Nous relevons également des traits antisociaux dans son anamnèse (mépris des obligations sociales lorsqu'il quitte sans préavis son dernier emploi, conduite dangereuse d'un véhicule en état d'ivresse ayant entraîné une incarcération) ainsi que dans les relations interpersonnelles, Monsieur A. \_\_\_\_\_ se montrant parfois agressif et intolérant. Sa tolérance à la frustration est très limitée comme nous l'avons observé lors des examens psychologiques, le patient supportant difficilement de se plier à un cadre imposé, vécu comme contraignant. Ces traits de caractère semblent être présents de longue date, le patient ayant déjà rencontré des difficultés relationnelles avec son patron dans le cadre de son emploi d'électricien à Orbe et ne peuvent être mis directement en lien avec l'aggravation de sa consommation alcoolique. Le pronostic apparaît comme défavorable, les traits caractériels tendant à s'aggraver avec l'âge ainsi qu'avec l'éventuelle apparition ultérieure de troubles cognitifs chez ce patient, chez qui un diagnostic d'encéphalopathie alcoolique a été évoqué par nos collègues somaticiens. Les troubles cognitifs actuels peuvent être considérés comme mineurs. B) Influence sur la capacité de travail 1) Limitation (qualitative et quantitative) en relation avec les troubles constatés Le trouble mixte de la personnalité ainsi que la dépendance à l'alcool de Monsieur A. \_\_\_\_\_ ne suffisent pas à justifier une atteinte à la santé psychique qui soit invalidante au sens de l'AI. Par ailleurs, le patient lui-même ne se dit aucunement gêné dans ses activités par sa personnalité ou sa consommation d'alcool, ces dernières ne lui occasionnant aucune souffrance particulière. Il reste capable d'une activité demandant concentration et précision comme le modélisme. Nous rappellerons ici que ses seules plaintes sont ses maux de dos et qu'une analyse somatique permettrait de clarifier la situation. A noter cependant que le trouble de la personnalité présenté par Monsieur A. \_\_\_\_\_ risque de poser problème dans un contexte professionnel au niveau relationnel tant avec ses collègues qu'avec un employeur, à moins d'exercer une activité plus solitaire. 2) Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici Les troubles présentés par l'expertisé n'influencent pas sa capacité à exercer une activité professionnelle. 3) En raison des troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ? L'expertisé est

capable de s'adapter à un environnement professionnel en tenant compte des limitations évoquées plus haut. C) Influences sur la réadaptation professionnelle Il n'y a pas de mesures particulières à envisager, la capacité de travail de Monsieur A. \_\_\_\_\_ n'étant pas influencée par ses troubles psychiques ». Sur le plan somatique, l'assuré a été examiné par le Dr Q. \_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (ci-après : SMR) en date du 14 février 2006. Le rapport d'examen clinique rhumatologique du 20 février 2006 retenait les diagnostics principaux de lombalgies chroniques récidivantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs étagés et d'un status après fracture récente du coude droit. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ relevait qu'hormis quelques épisodes particulièrement douloureux, traités par antalgiques ou injections, l'intéressé était asymptomatique et à même de s'adonner sans restrictions à ses loisirs, à savoir la chasse et le modélisme. Il constatait que l'examen du rachis était dans les limites de la norme, avec des troubles tout à fait discrets de la statique vertébrale et une mobilité normale, tandis que l'étude de l'iconographie radiologique révélait un ancien tassement ainsi que de discrets troubles dégénératifs, avec peut-être une spondylolyse mais sans spondylolisthésis, dont il découlait certaines limitations fonctionnelles (nécessité de pouvoir alterner une fois par heure les positions assise et debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc). Il observait également un petit arrachement osseux dans la région antérieure de la tête radiale du coude droit fracturé, dont l'évolution objective était toutefois satisfaisante et qui n'entraînait à terme que des limitations fonctionnelles modestes (pas de travail imposant le déploiement régulier de force avec le membre supérieur droit, notamment dans des mouvements de flexion-extension ou de pro-supination répétés contre résistance du coude droit). Le Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR retenait par conséquent une capacité de travail exigible de 30% dans l'activité habituelle d'employé de pompes funèbres et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. L'assuré a consulté la Dresse Z. \_\_\_\_\_, anesthésiste, qui a diagnostiqué, le 4 février 2006, une lombosciatalgie bilatérale et un tassement de la première vertèbre lombaire, et indiqué que son patient était totalement soulagé de ses douleurs et qu'il ne prenait plus d'analgésiques. Ce dernier s'est également entretenu à deux reprises avec un représentant de l'OAI les 21 août et 27 septembre 2006. Selon les comptes-rendus de ces entretiens, l'intéressé a refusé toute mesure professionnelle, souhaitant uniquement le maintien de sa rente. Il était décrit comme un assuré intolérant à la frustration et aux ressources personnelles limitées, n'ayant « pas trouvé d'autre issue que de se détruire si son équilibre relativement précaire, mais qui lui permettait de vivre comme il l'entendait, [était] remis en question avec la révision de la rente ». Le 1<sup>er</sup> septembre 2006, le Dr P. \_\_\_\_\_ a signalé que l'assuré avait mis à exécution son projet de suicide éthylique suite au premier entretien qu'il avait eu avec l'OAI et qu'il s'était ainsi remis à boire abondamment, avec pour conséquence une hépatomégalie douloureuse au status sans traduction biologique. Le médecin demandait dès lors une réévaluation psychiatrique de son patient. Dans un avis médical du 10 octobre 2006, le Dr V. \_\_\_\_\_ du SMR a considéré que le refus de collaborer de l'assuré était dû à des raisons non médicales et que le chantage à l'alcool n'était pas du ressort de l'AI. Il rappelait en outre que les experts psychiatres n'avaient pas retenu de pathologie psychique susceptible de limiter la capacité de travail et que le trouble de la personnalité, existant depuis au moins la fin de l'adolescence, n'avait pas empêché l'intéressé de travailler. Dans une note interne du 16 mars 2007, la gestionnaire du dossier de l'assuré, [...], a proposé le maintien de la rente et établi une communication non signée en ce sens. Le 24 mai 2007,

après en avoir discuté avec le service juridique de l'OAI, la gestionnaire a constaté qu'elle s'était trompée le 16 mars 2007 et a relevé qu'il n'existait pas d'éléments probants pour procéder au maintien de la rente, bien que l'assuré présentât une nouvelle atteinte à la santé depuis 2005 sous forme de lombalgies. Elle demandait quelle suite devait être donnée au dossier de l'assuré compte tenu de la mise en exécution de ses menaces au suicide éthylique. Interpellé par l'OAI, le Dr P. \_\_\_\_\_ a établi un rapport médical le 4 avril 2008, dans lequel il a confirmé les diagnostics posés dans son rapport du 24 novembre 2003. Il maintenait que l'état de son patient était resté « satisfaisant compte tenu du contexte avec une bonne adhésion thérapeutique tant au plan médicamenteux pour la cirrhose que au plan comportemental au niveau de l'abstinence », mais que son incapacité de travail restait entière dans sa profession habituelle depuis 1996 et cela de manière définitive, en raison de son incapacité à effectuer des efforts physiques et à supporter la contrainte psychologique afférente à une telle activité. Par projet de décision du 14 mai 2008, l'OAI a réduit la rente entière d'invalidité versée jusqu'ici à l'assuré à un quart de rente, en retenant une amélioration manifeste son état de santé sur la base des rapports médicaux précités. Ce projet a été confirmé par décision du 23 juillet 2008, la réduction étant effective dès le 1<sup>er</sup> septembre 2008. D. C'est contre cette décision que l'assuré a recouru, le 12 septembre 2008, par l'intermédiaire de son conseil, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité est maintenu et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision. Outre les griefs relatifs aux carences dans l'instruction du dossier, ainsi qu'aux erreurs dans le calcul théorique de son revenu, le recourant demande la restitution de l'effet du suspensif. Il soutient que l'OAI a décidé, il y a une année à peine, sur la base d'un dossier identique à celui qui l'a amené à prendre la décision litigieuse, de maintenir une rente entière en sa faveur. En effet, il fait valoir qu'après une instruction de révision ayant duré de septembre 2003 à mars 2007, l'OAI a, par décision du 16 mars 2007, décidé de maintenir le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, alors que, par projet de décision du 14 mai 2008, confirmé par décision du 23 juillet 2008, l'OAI a réduit la rente entière versée jusqu'ici à un quart de rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2008, en retenant une amélioration manifeste de son état de santé sur la base des mêmes données médicales réunies dans le cadre de la révision. Il observe de surcroît que la décision qui lui a été notifiée ne mentionne pas qu'elle retire l'effet suspensif. Le 30 septembre 2008, le recourant a produit un bordereau complémentaire à sa requête et à son recours, contenant les rapports du Service de médecine interne du Centre Y. \_\_\_\_\_ du 5 septembre 2008, ainsi que du Dr C. \_\_\_\_\_ du Centre [...], du 11 août 2008. Tandis que le premier rapport fait état d'une hospitalisation en raison d'une fibrillation auriculaire inaugurale avec réponse ventriculaire tachycarde, le second mentionne des lombalgies basses à caractère mécanique ayant pour cause possible une lyse isthmique ou des discopathies lombaires basses, voire une origine multifactorielle. Dans sa réponse du 13 octobre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours et préavisé pour le rejet de la requête de restitution de l'effet suspensif, en relevant que, dans la motivation de la décision querellée, l'effet suspensif au recours avait été retiré, sans toutefois se déterminer sur les contradictions relevées par le conseil de l'assuré. Le 30 octobre 2008, l'OAI s'est déterminé sur les nouvelles pièces médicales produites par le recourant, en se fondant sur un avis du Dr V. \_\_\_\_\_ du SMR du 17 octobre précédent, lequel estime qu'elles n'apportent aucun élément médical nouveau susceptible de modifier son appréciation. Par avis du 6 novembre 2008, le magistrat instructeur a invité l'OAI à se déterminer sur le fait que les deux décisions des 16 mars 2007 et 23 juillet 2008, qui

mettaient fin à la procédure de révision entamée en 2003, étaient totalement contradictoires bien que basées sur des données médicales identiques et, cas échéant, à reconsidérer sa décision du 23 juillet 2008. Dans ses déterminations du 24 novembre 2008, l'intimé a précisé que, bien que la communication du 16 mars 2007 ait été établie par la gestionnaire du dossier, cette dernière ne l'avait jamais notifiée au recourant, constatant que cette décision n'était pas fondée. Par ordonnance du 12 janvier 2009, le juge instructeur a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif déposée par l'assuré. **E n d r o i t : 1. a)** Aux termes de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1er janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. d LPA-VD). **b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme. **2.** Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'intimé était fondé, en procédure de révision, à réduire la rente entière allouée au recourant à un quart de rente à compter du 1er septembre 2008. **3. a)** Selon l'art. 6 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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. D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). **b)** Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part dans un marché du travail équilibré, le revenu d'invalide doit être déterminé selon les données statistiques. Il convient donc de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_625/2008 du 26 février 2009, consid. 3.2.1). A cet égard, le Tribunal fédéral a

rappelé que dans la mesure où ces données salariales sont en principe déterminées en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, il convient de les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; TF 9C\_666/2009 du 26 février 2010, consid. 3.2). c) L'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que 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 droit à la rente peut motiver une révision au sens de cette disposition. La rente peut être révisée en cas de modification sensible de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence). d) Le juge des assurances sociales 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 trancher la question litigieuse. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à une appréciation médicale, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1 et les références citées). 4. A l'appui de sa requête de restitution de l'effet suspensif qui a été rejetée par ordonnance du 12 janvier 2009, le recourant fait valoir qu'après une instruction de révision ayant duré de septembre 2003 à mars 2007, l'OAI a, par décision du 16 mars 2007, décidé de maintenir le droit du recourant à une rente d'invalidité de 100 %, alors que, par projet de décision du 14 mai 2008 confirmé par décision du 23 juillet 2008, l'OAI a réduit la rente entière versée jusqu'ici à un quart de rente d'invalidité à partir du 1er septembre 2008 en retenant une amélioration manifeste de son état de santé sur la base des mêmes données médicales réunies dans le cadre de la révision. Interpellé, l'OAI a répondu le 24 novembre 2008 que la décision du 16 mars 2007 maintenant le droit à la rente entière de l'assuré n'avait jamais été envoyée à l'assuré. En effet, bien que cette communication ait été établie par la gestionnaire, celle-ci ne l'a jamais notifiée au recourant, constatant qu'elle n'était pas fondée. L'office relevait à cet égard que le document en question n'était pas signé par la gestionnaire et contenait des signes de scannage du CD-Rom qu'il avait fait parvenir au conseil de l'assuré dans le cadre du présent recours. L'assuré a répondu qu'il n'était pas en mesure de prouver qu'il avait bien reçu la communication du 16 mars 2007 signée par la gestionnaire. Il a par contre produit une décision du 19 mars 2008 attestant que le degré d'invalidité retenu était de 100 % et qu'il avait toujours droit à une rente entière de l'AI. L'OAI a répondu le 17 décembre 2008 qu'il s'agissait d'une décision de la Caisse de compensation du 19 mars 2008 qui réactualisait le montant de la rente de l'assuré. L'écrit de l'OAI du 16 mars 2007 constitue une communication au sens de l'article 74ter RAI que l'office intimé envoie à l'assuré sans notification d'une décision formelle. Il est établi que cette communication n'est pas signée par son auteur alors que les autres décisions figurant

au dossier et qui allouent, maintiennent ou réduisent la rente AI sont signées par leurs auteurs. Le recourant n'a pas prouvé qu'il avait reçu cette communication signée par la gestionnaire. Au contraire, il ressort de l'ensemble du dossier, au degré de vraisemblance prépondérante, que la communication du 16 mars 2007 n'a pas été envoyée au recourant. En effet, constatant son erreur, la gestionnaire a refait une note le 24 mai 2007 corrigeant celle du 16 mars 2007 et la communication qui était liée à cette dernière. La note du 24 mai 2007 contient les conclusions suivantes : Révision d'office du droit à la rente (inv. 100 %) – révision 01.09.2003 (...) Nous avons donc discuté de ce dossier avec notre service juridique. En l'état, nous n'avons pas d'éléments probants pour procéder au maintien de la rente bien que l'assuré présente une nouvelle atteinte à la santé (lombalgies) depuis 2005. La cirrhose qui était invalidante il y a quelques années ne l'est plus. Amélioration spectaculaire. Quant à la décision du 19 mars 2008, il s'agit effectivement d'une décision de la Caisse de compensation qui réactualise le montant de la rente de l'assuré. Elle ne statue dès lors pas sur la révision d'office entreprise par l'intimé en 2003 et ne contient pas de motivation. Il s'ensuit qu'est seule litigieuse la décision, avec motivation, signée et notifiée au recourant le 23 juillet 2008. 5. Afin de déterminer si la décision de révision litigieuse était fondée, il faut dès lors comparer la situation du recourant telle qu'elle se présentait au moment où il a été mis au bénéfice d'une rente entière (cf. décisions des 29 mars 1999 et 12 septembre 2001) avec celle prévalant au moment où le droit à la rente a été supprimé (cf. décision du 23 juillet 2008). a) Le recourant soutient que son état de santé s'est aggravé sur le plan psychiatrique depuis 2006, raison pour laquelle son médecin traitant aurait demandé une réévaluation psychiatrique, compte tenu de son comportement suicidaire. Il fait également valoir que le calcul du revenu sans et avec invalidité aurait dû être arrêté en 2008 et non en 2006 et qu'en tant qu'employé de la ville de Lausanne, il aurait bénéficié pendant ces deux années d'une adaptation au coût de la vie et d'une augmentation de classe, voire d'un bonus extraordinaire pour longs rapports de travail. Il allègue enfin que les troubles existant au moment de l'octroi de la rente subsistent toujours au moment de la suppression de celle-ci. b) En comparant la situation du recourant telle qu'elle se présentait au moment où il a été mis au bénéfice d'une rente entière avec celle qui prévalait au moment où le droit à la rente a été supprimé, on observe que les principaux diagnostics posés à l'époque étaient ceux de cirrhose éthylique child-C avec ascite, d'encéphalopathie de Wernicke, d'anémie macrocytaire et de polyneuropathie éthylique (cf. rapport du 8 décembre 1997 du Dr [...]), puis ceux de cirrhose éthylique ascitogène partiellement compensée médicamenteusement et de névrose de caractère (rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 2 octobre 1998). Le 15 mai 2001, le Dr P. \_\_\_\_\_ a constaté une amélioration de l'état de santé de son patient, tout en précisant que l'équilibre restait très fragile. Son pronostic demeurait ainsi réservé au vu de l'importance de l'atteinte et de sa durée, ainsi que de la persistance de la névrose de caractère, aucune mesure professionnelle n'étant selon lui envisageable. Sur la base de ces renseignements médicaux, l'OAI a décidé, le 12 septembre 2001, de maintenir la rente entière allouée à l'assuré. Le 24 novembre 2003, le Dr P. \_\_\_\_\_ a par contre diagnostiqué une cirrhose éthylique ascitogène cette fois compensée médicamenteusement et une névrose de caractère. Il indiquait que l'état de santé de son patient était stationnaire et satisfaisant compte tenu du contexte, avec une bonne adhésion thérapeutique à l'ensemble du programme tant médicamenteux pour la cirrhose que comportemental au niveau de l'abstinence. Il ressort en outre du rapport du Département X. \_\_\_\_\_ du 16 septembre 2005 que l'intéressé ne présente plus d'encéphalopathie de Wernicke et que les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation épisodique, et de trouble mixte de la

personnalité à traits paranoïaques et antisociaux ne suffisent pas à justifier une atteinte à la santé psychique qui soit invalidante au sens de l'AI. En date du 3 octobre 2005, le Dr P. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI que son patient avait décidé de reprendre une consommation alcoolique dans un but clairement suicidaire, le processus d'expertise qu'il avait récemment traversé l'ayant ancré dans la conviction d'une révision de sa rente et, partant, d'un bouleversement de son projet de vie. Sur le plan somatique, le rapport d'examen du Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR du 20 février 2006 indique que la capacité de travail du recourant est de 30% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à partir du mois de février 2006. Quant au rapport de la Dresse Z. \_\_\_\_\_ du 4 février 2006, il relève que le dos de l'intéressé est sans douleur. c) Il ressort du dossier que l'OAI a proposé une aide au recourant pour trouver une activité adaptée, que ce dernier a refusée, faisant du chantage au suicide éthylique, raison pour laquelle le Dr P. \_\_\_\_\_ a demandé, le 1<sup>er</sup> septembre 2006, une réévaluation psychiatrique de son patient (cf. notes d'entretiens des 21 août et 27 septembre 2006, rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre 2006, rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 10 octobre 2006). Les praticiens relèvent que l'intéressé n'aime pas être contrarié et que sa tolérance à la frustration semble relativement faible. Or, selon le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 4 avril 2008, l'état de santé de l'assuré est stable. Le Dr [...] a quant à lui retenu, le 5 septembre 2008, le diagnostic de fibrillation auriculaire inaugurale avec réponse ventriculaire tachycarde due à une consommation excessive d'alcool, tandis que le Dr C. \_\_\_\_\_ a constaté, le 11 août 2008, l'absence de syndrome lombovertébral et de syndrome radiculaire ou déficitaire. Enfin, le Dr V. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé, le 17 octobre 2008, que ces derniers documents n'apportaient pas d'éléments permettant de modifier les conclusions prises au début de l'année 2006 par le SMR, qui restaient selon lui valables. d) Ainsi, l'exigibilité et les limitations fonctionnelles du recourant ont été fixées sur la base d'éléments médicaux étayés, l'assuré refusant de collaborer pour des raisons non médicales. Les experts psychiatres n'ont en effet pas retenu de pathologie psychiatrique susceptible de limiter la capacité de travail, mais ont précisé que le trouble mixte de la personnalité avec traits antisociaux et paranoïaques, existant depuis au moins la fin de l'adolescence, n'avait pas empêché l'intéressé de travailler. Par ailleurs, les rapports produits par ce dernier après la décision litigieuse n'apportent aucun élément médical nouveau qui n'aurait été porté à la connaissance du SMR, dès lors que les lombalgies basses mentionnées par le Dr C. \_\_\_\_\_ étaient connues du Dr Q. \_\_\_\_\_ et que l'assuré ne présente en outre pas de syndrome lombovertébral. Enfin, la fibrillation est due à la consommation excessive d'alcool et le chantage au suicide éthylique n'est pas du ressort de l'AI. e) En conclusion, la comparaison de la situation prévalant le 23 juillet 2008 avec les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision d'octroi de rente permet de constater que la situation médicale du recourant s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 6. Cela étant, l'OAI aurait dû comparer au plan économique les circonstances qui se présentaient le 29 mars 1999 avec celles régnant le 23 juillet 2008 (et non en 2006, date à laquelle la capacité de travail totale a été reconnue). Electricien de formation, l'assuré a occupé en dernier lieu le poste de chef d'équipe au funéraire de [...] de 1987 à 1995. Selon le questionnaire pour employeur du 11 février 1998, l'intéressé a quitté cet emploi sans préavis en mars 1995 et a été licencié en raison de ses absences injustifiées et de son alcoolisme en août 1995. Il est ensuite parti en Asie durant un an environ. A son retour, il a touché l'aide sociale, puis une rente d'invalidité depuis 1997, et n'a pas exercé d'activité lucrative depuis lors. A juste titre, le recourant indique que son revenu sans et avec invalidité auraient dû être indexés de 2006 à 2008. Il n'est toutefois pas nécessaire de

réinterpeller son ancien employeur sur les possibilités éventuelles de promotion ou de classement supérieur. Il est en effet peu vraisemblable que l'assuré aurait pu profiter d'une promotion, étant données les conditions dans lesquelles les rapports de travail ont pris fin. Le revenu avec invalidité en 2008 s'élève ainsi à 50'982 fr. 05 (4'806 fr. x 41,6 : 40 x 12 – 15%) selon les données salariales de l'Office fédéral de la statistique, compte tenu d'un nombre d'heures hebdomadaires de 41,6 et d'un abattement de 15%, l'OAI n'ayant pas, sur ce dernier point, fait un mauvais usage de son pouvoir d'appréciation en se fondant sur l'ensemble des limitations fonctionnelles - alternance des positions et debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc - et l'âge de l'assuré, 56 ans à la date où une capacité de travail totale lui a été reconnue dans une activité adaptée et 58 ans au moment de la décision litigieuse (cf. ATF 132 V 393, consid. 3.3; TF 9C\_393/2008 du 27 janvier 2009). Comparé au revenu sans invalidité de 99'206 fr. 91 établi sur la base des renseignements fournis par l'employeur en août 2006 et après indexation en 2008 (95'730 fr. + 1,6% + 2%), il donne un taux d'invalidité global de 48,61%, qui se calcule comme suit :  $(99'206 \text{ fr. } 91 - 50'982 \text{ fr. } 05) \times 100 / 99'206 \text{ fr. } 91$ . Ce taux ouvre le droit à un quart de rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI). Partant, c'est à juste titre que l'OAI a supprimé la rente entière donc bénéficiait le recourant et l'a remplacée par un quart de rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision attaquée, conformément à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), à savoir le 1<sup>er</sup> septembre 2008. 7. En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. Les frais de justice sont arrêtés à 250 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36] et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 23 juillet 2008 par l'OAI est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge de A.\_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Sandrine Osojnak, avocate (pour A.\_\_\_\_\_) ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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