

## VD\_GERICHTE ZD08.008286 vom 17. März 2009

VD Tribunal cantonal, 2009-03-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD08.008286](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.008286)

FR: VD\_GERICHTE ZD08.008286 du 17 mars 2009

IT: VD\_GERICHTE ZD08.008286 del 17 marzo 2009

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 148/08 - 176/2009 CO UR DE S ASSURANCES S  
OCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 17 mars 2009

\_\_\_\_\_ Présidence de M. ABRECHT Juges : MM. Jomini et Neu Greffier :  
Mme Parel \*\*\*\*\* Cause pendante entre : K. \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté  
par Me Alec Crippa, avocat, à Lausanne et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE  
POUR LE CANTON DE VAUD (ci- après : OAI), intimé, à Vevey \_\_\_\_\_ Art.  
16, 17 al. 1 et 61 let. c LPGA; 28 LAI; 87 al. 1 RAI 402

- 2 - E n f a i t : A. K. \_\_\_\_\_ est né le 1er mars 1951 en Turquie et est arrivé en Suisse le  
16 octobre 1981. Il est au bénéfice d'un permis C. Le 9 mars 1982, il a été victime d'un  
accident de travail. Dès 1994, il a été en incapacité de travailler. Il a déposé une demande de  
prestations AI le 31 octobre 1995. Sur la base du rapport d'expertise COMAI (Centre  
d'observation médicale de l'assurance invalidité) de la polyclinique A. \_\_\_\_\_ de  
Lausanne du 28 novembre 1996, il a été mis au bénéfice, par décision du 8 septembre 1997,  
d'une rente entière de l'assurance- invalidité dès le 1er octobre 1995. L'expertise du COMAI  
du 28 novembre 1996 retenait notamment ce qui suit: "(...) D I A G N O S T I C S -  
Troubles somatoformes douloureux, état dépressif chronique chez un immigré. -  
Cervico-dorso-lombalgies. - Spondylose dorsale pluri-étagée. Discopathie lombaire L3-L4  
et uncarthrose cervicale C4-C5. - Status après traumatisme cranio-cérébral et fracture du  
malaire droit et du plancher orbitaire droit en 1982. Dysfonctionnement frontal  
cortico-sous-cortical. - Status après résection de l'apophyse styloïde gauche (février 1995). -  
Colopathie fonctionnelle. D I S C U S S I O N Monsieur K. \_\_\_\_\_ présente depuis 1982,  
mais de manière nettement plus marquée depuis 1994, une symptomatologie multi- forme  
sous forme de douleurs et paresthésies sur l'hémicorps droit, troubles digestifs fonctionnels,  
dyspnée, douleurs thoraciques, allant progressivement en s'intensifiant et qui ont motivé  
l'arrêt de toute activité professionnelle depuis octobre 1994. L'évaluation actuelle met en  
évidence, sur le plan psychiatrique, un état dépressif majeur, avec anhédonie, retrait social  
important et angoisse de mort marquée. L'expertisé, qui est un homme intelligent, admet  
une origine psychogène partielle à ses troubles. On peut relever que ses ennuis de santé se  
sont nettement aggravés après son divorce et son impossibilité à faire venir sa famille en  
Suisse. Sur le plan

- 3 - thérapeutique, Monsieur K. \_\_\_\_\_ pourrait bénéficier d'un traitement antidépresseur  
bien conduit, ainsi que d'une prise en charge psychothérapeutique. Un traitement bien  
conduit pourrait nettement améliorer sa qualité de vie. Pour le reste, les investigations  
effectuées au COMAI mettent en évidence des troubles dégénératifs de la colonne  
cervico-dorso-lombaire, qui n'expliquent bien sûr pas entièrement la symptomatologie  
douloureuse, même si une symptomatologie de cervicalgies ou de lombalgies sporadiques  
peuvent être admises sur la base de nos constatations. L'examen neurologique confirme

l'absence d'atteinte radiculaire ou tronculaire en rapport avec la symptomatologie de Monsieur K.\_\_\_\_\_. Un EEG, effectué par notre consultant, s'est également avéré normal. Par contre, le bilan neuropsychologique effectué chez ce patient se plaignant depuis longtemps de troubles mnésiques et de difficultés de concentration, confirme l'existence d'un syndrome de dysfonctionnement frontal cortico-sous-cortical avec déficit attentionnel sévère, productivité non verbale diminuée, difficultés aux épreuves séquentielles, ainsi que fléchissement des capacités intellectuelles et d'apprentissage qui pourraient être la conséquence du traumatisme de 1982, compte tenu de l'absence d'autres explications pour un tel syndrome. Le bilan devrait encore être complété par un CT-scan cérébral et un suivi neuropsychologique est à conseiller afin de juger de l'évolutivité éventuelle de ce syndrome. Enfin, il n'a pas été possible ni utile d'investiguer la symptomatologie multiforme de ce patient, qui a nettement un caractère de troubles somatoformes douloureux dans le contexte de son état dépressif. Capacité de travail et mesures de réadaptation : Actuellement, dans une activité de manutentionnaire telle que celles qui ont été exercées par l'assuré avant l'atteinte à la santé, la capacité de travail est nulle. Cette incapacité est la résultante, d'une part, des limitations sur le plan physique et, d'autre part, de l'atteinte psychique. Monsieur K.\_\_\_\_\_ est un petit homme malingre, qui a certainement eu d'emblée des difficultés à s'adapter à des conditions de travail physiques pénibles sur les chantiers ou lors de port de charges lourdes dans les travaux de manutention. Au cours des années, ses difficultés ont augmenté et ont entraîné chez l'assuré une véritable angoisse de ne pas pouvoir faire face aux exigences vis-à-vis des activités pénibles. Actuellement, il présente également des troubles dégénératifs cervico-dorsolombaires qui peuvent expliquer une symptomatologie douloureuse en rapport avec les efforts. Par ailleurs, il présente actuellement un état dépressif grave, qui empêche actuellement une reprise du travail. Sur le plan thérapeutique, il paraît indispensable actuellement de traiter l'état dépressif à la fois par un traitement médicamenteux et une prise en charge psychothérapeutique. Un tel traitement pourrait nettement améliorer la qualité de vie de l'assuré et devrait être un préalable indispensable à des mesures de réadaptation professionnelle. Celles-ci devraient être envisagées dans l'optique d'un placement dans une activité non qualifiée évitant le port de charges lourdes (supérieures à 10 kg permettant d'alterner les positions).

- 4 - Les possibilités réelles d'une réinsertion professionnelle paraissent faibles chez cet assuré. Aux limitations physiques s'ajoute en effet non seulement un état dépressif, éventuellement susceptible d'amélioration, mais également des perturbations de la mémoire et des capacités d'apprentissage, qui limitent considérablement les possibilités réelles d'adaptation à des situations nouvelles. (...)" Le 5 mars 2004, l'OAI a entrepris des démarches en vue de la révision d'office de la rente entière allouée à l'assuré. Dans un avis médical du Service médical régional de l'OAI (ci- après : SMR) du 8 février 2005, le Dr T.\_\_\_\_\_ expose ce qui suit: : "(...) Assuré kurde, au bénéfice d'une rente entière pour trouble somatoforme douloureux, trouble dépressif chronique, troubles neuropsychologiques, troubles dégénératifs vertébraux. Suivi très espacé, pas de changement, signalé, mais le médecin traitant souhaite une nouvelle évaluation. Au vu des constatations du COMAI de 1996, en particulier de la description du personnage et des lésions neuropsychologiques, il est peu probable que cet assuré ait retrouvé une capacité de travail exploitable. Néanmoins, il faut approfondir un peu ce cas, en le convoquant pour une entrevue avec moi, dans le but de me faire une idée du cadre de vie, de son quotidien et du traitement. (...)" Dans un avis médical du SMR du 26 avril 2005, le Dr T.\_\_\_\_\_ expose qu'un entretien a été organisé au SMR, qui a été transformé en examen clinique de

médecine générale eu égard aux observations faites lors de l'anamnèse. L'examen a montré un assuré en état de santé nettement amélioré sur le plan général et psychique par rapport aux constatations faites lors de l'expertise COMAI fondant l'octroi de la rente entière. Du rapport d'examen clinique du 25 avril 2005, il ressort notamment ce qui suit : "(...)  
DIAGNOSTIC - avec répercussion sur la capacité de travail • Troubles dégénératifs discrets de la colonne cervicale, statiques discrets et dégénératifs modérés de la colonne dorsale et lombaire • Status après trouble somatoforme douloureux et état dépressif en 1996

- 5 - • Status après résection de l'apophyse styloïde G en 1995 • Status après TCC avec fracture malaire et fracture du plancher orbitaire en 1982 (...) APPRÉCIATION DU CAS  
Assuré kurde, au bénéfice d'une rente entière, père de 6 enfants, dont deux encore à sa charge, vivant tous en Turquie, de même que leur mère. Cette rente avait été octroyée sur la base d'une expertise COMAI laquelle contient un avis psychiatrique très restreint qui se limite à une description anamnestique et à une appréciation diagnostique. Sur le plan somatique l'expertise mentionnait déjà les troubles dégénératifs de la colonne. Aucun nouvel élément médical n'a été apporté lors des révisions. L'examen actuel permet de confirmer une atteinte dégénérative pluri-étagée, sans répercussion majeure sur la statique et la mobilité de la colonne, sans syndrome lombovertébral ou radiculaire. Le status ostéoarticulaire est superposable à celui décrit dans l'expertise COMAI, par contre sur le plan général et psychique la situation semble notablement améliorée : L'état général est bon (décrit comme malingre en 1996), avec un poids de 65 kg (55 en 1996), un psychisme équilibré, et l'absence de troubles neuropsychologiques majeurs. Le mode de vie actuel est concordant. L'assuré est capable, tout en étant totalement inactif sur le plan professionnel, de quitter son domicile et de passer toute une journée à l'extérieur, en se promenant ou avec des connaissances, sans devoir se ménager ou se coucher. Actuellement il n'est pas limité dans ses activités par un problème de santé. Compte tenu des lésions dégénératives pluri-étagées de la colonne, les limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise COMAI sont encore d'actualité. Il est clair, vu d'aujourd'hui, que l'aspect psychiatrique aurait mérité une appréciation plus détaillée que ce qui est décrit dans l'expertise de 1996. Actuellement ni le diagnostic de trouble somatoforme ni celui de trouble dépressif ne peut être retenu. Il est même permis de douter de la présence de troubles neuropsychologiques significatifs. Compte tenu de sa situation, l'assuré fait preuve d'un comportement cohérent, capable de s'adapter à la précarité de sa situation et de prendre des décisions cohérentes en fonction de sa vision des choses. Sous réserve de la seule nouvelle pathologie (probable infection à mycobacterium) apparue depuis 1996, l'examen actuel démontre une stabilité sur le plan ostéoarticulaire, mais une amélioration nette de la santé globale et psychique, compatibles avec une activité légère et peu qualifiée respectant les limitations fonctionnelles. La motivation pour une réinsertion dans le monde du travail est certainement faible après plus de 10 ans d'inactivité. Les limitations fonctionnelles sont : Port de charges de plus de 10 kg, positions prolongées assis et debout sans possibilité de changement, positions répétées en porte-à-faux du tronc, activités ne nécessitant pas d'apprentissages autres que simples. (...)

- 6 - Il est impossible, sur la base des documents du dossier et de l'examen actuel, de préciser une date d'amélioration de l'état de santé entre 1996 et maintenant, ce d'autant plus que nous sommes face à une différence d'appréciation d'une situation semblable entre 1996 et maintenant. Une pleine capacité de travail dans une activité adaptée est exigible dès maintenant. (...)" Le 31 août 2005, la Dresse V. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique, et le Dr B. \_\_\_\_\_ de la polyclinique A. \_\_\_\_\_ ont établi un rapport médical à l'intention de

l'OAI, dont il ressort en substance ce qui suit : "(...) A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail : - Trouble somatoforme douloureux persistant - Etat dépressif chronique - Trouble organique de la personnalité suite à un traumatisme crânio-cérébral - Cervico-dorso-lombalgies chroniques - Spondylose dorsale pluri-étagée - Discopathie lombaire L3-L4 et uncarthrose cervicale C4-C5 - Suspicion d'un dysfonctionnement frontal cortico-sous-cortical (...) D. Données médicales : (...) 3. Anamnèse Le patient présente toujours un trouble somatoforme douloureux avec présence de douleurs rétrosternales chroniques associées à des abdomenalgies récidivantes ainsi que des cervico-lombalgies chroniques exacerbées par les mouvements et par le fait de rester dans la même position (assis, couché ou debout) pendant plus de 30 minutes. Le patient présente tous les symptômes de la ligne dépressive (tristesse, fatigue, apathie, inappétence). 4. Plaintes subjectives Le patient présente des douleurs rétrosternales associées à de la dyspnée à repos, abdomenalgies et cervico-lombalgies tous les jours. Sur le plan psychique le patient présente un état dépressif moyen à sévère avec une tristesse, des idées noires, avec perte d'intérêt à toute activité et inappétence. (...) 6. Examens médicaux spécialisés L'examen neuropsychologique du 15.08.2005 a mis en évidence la persistance de déficits exécutifs dans les tâches séquentielles et un

- 7 - syndrome attentionnel sévère, un ralentissement à certaines épreuves langagières, une apraxie constructive et idéomotrice ainsi que des difficultés de reconnaissance en mémoire antérograde verbale. Au vu de la faible scolarisation du patient et la maîtrise sommaire du français il est difficile d'imputer les faibles performances à un déficit cognitif. Une consultation psychiatrique du 24.08.2005 a mis en évidence la persistance d'un trouble somatoforme douloureux et d'un état dépressif d'intensité moyenne à sévère avec un score MADRS de 24/60. (...) Au vu de l'état dépressif, du trouble somatoforme douloureux évalué par le psychiatre ainsi les troubles cognitifs importants, le patient présente une incapacité de travail à 100% et il semble peu probable qu'il puisse se réinscrire dans le milieu de travail Le pronostic semble sombre et son atteinte sévère doit être considéré comme définitive. (...) " Après avoir pris connaissance du rapport médical de la polyclinique A. \_\_\_\_\_ du 31 août 2005, le Dr T. \_\_\_\_\_ du SMR a exposé qu'ayant examiné personnellement l'assuré trois mois auparavant, il avait de la peine à croire qu'il s'agissait de la même personne et que, face à des avis à tel point divergents, il convenait d'organiser une expertise pluridisciplinaire. L'OAI a ainsi mandaté la Clinique G. \_\_\_\_\_ pour une expertise interdisciplinaire. Le 1er décembre 2006, les Drs R. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, Z. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, spécialiste FMH en pneumologie, S. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et spécialiste FMH en rhumatologie, ont déposé leur rapport d'expertise. Il en résulte notamment ce qui suit : "(...) 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail - M54.9 : Cervico-dorso-lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs, depuis 1996. - J44.8 : Bronchopathie chronique obstructive (BPCO) post- tabagique, depuis 2000. - D'un point de vue psychiatrique : nihil.

- 8 - 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail - F45.4 : Syndrome douloureux somatoforme persistant. - K58.9 : Colopathie fonctionnelle. - Z86.1 : Status après mycobactériose atypique à mycobacterium peregrinum sur fond de bronchite chronique. - Z86.1 : Status après hépatite B. 5. APPRÉCIATION DU CAS ET PRONOSTIC Suite à leur réunion commune le 18 mai 2006, les experts mandatés, le Docteur S. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, spécialiste

FMH en rhumatologie, le Docteur Z. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, spécialiste FMH en pneumologie et le Docteur R. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, se sont réunis en consilium. Monsieur K. \_\_\_\_\_ est un homme âgé de 55 ans, qui a occupé entre 1990 et 1994 un poste de manutentionnaire dans une entreprise de récupération de papiers. L'expertisé a été victime d'une douleur cervicale importante alors qu'il portait un sac lourd sur l'épaule en 1994. Depuis lors, il n'a plus jamais travaillé et bénéficie d'une rente AI entière à partir de novembre 1996 en raison d'un trouble douloureux somatoforme et d'un état dépressif chronique. Lors de l'expertise, sur le plan ostéo-articulaire, les experts ont relevé une discordance entre les plaintes avancées par l'expertisé et l'examen clinique et radiologique. Au vu des constatations objectives, l'assuré souffre de cervico-lombalgies de type mécanique, exacerbées par les efforts physiques ou le port de charges lourdes mais sans véritable traduction clinique. Cependant, compte tenu des troubles statiques et dégénératifs, son ancienne profession de manutentionnaire n'est plus exigible que partiellement. (...) Sur le plan psychique, les experts confirment l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, en l'absence de toute comorbidité psychiatrique. En particulier, on ne relève pas de trouble de l'humeur, ni de manifestation anxieuse ou psychotique. Un trouble de la personnalité n'est pas démontré. Une recherche inconsciente de bénéfices primaires et secondaires est probable, l'assuré retirant plus d'avantages à toucher une rente entière qu'à travailler dans une activité peu valorisante. Toutefois, compte tenu de la personnalité fruste de l'expertisé et de ses faibles capacités d'introspection, on ne peut pas affirmer qu'il s'agit d'une attitude volontaire avec syndrome d'amplification des douleurs ou névrose de rente. Après examen du dossier médical, examen clinique et consilium, les experts arrivent à la conclusion que Monsieur K. \_\_\_\_\_ souffre de cervico-dorso-lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs et de bronchopathie chronique obstructive (BPCO) post-tabagique. Ces troubles contre-indiquent en grande partie son ancienne profession

- 9 - de manutentionnaire mais permettent une capacité de travail pratiquement complète dans une activité adaptée avec une légère diminution de rendement. Une activité adaptée pour l'assuré exclut les efforts physiques importants, le port de charges supérieures à 10 kg, les positions assises ou debout prolongées et les mouvements itératifs en torsion ou en antéflexion-rétroflexion du tronc. Au niveau psychiatrique, le syndrome douloureux somatoforme persistant ne peut pas être considéré comme invalidant, car il ne remplit pas les critères de gravité de la jurisprudence actuelle. B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL 1. LIMITATIONS (...) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES En raison des troubles statiques et dégénératifs du rachis ainsi que des problèmes respiratoires, une activité adaptée est nécessaire. Cette activité doit permettre d'exclure - les efforts physiques importants ainsi que les efforts prolongés et répétitifs pendant quelques heures même avec un port de charges légères, - le port de charges supérieures à 10 kg, - les positions statiques assises ou debout prolongées, - les mouvements itératifs en torsion ou en antéflexion-rétroflexion du tronc. Le seul obstacle sur le plan psychiatrique réside dans un sentiment subjectif d'incapacité, de peur de se faire mal s'il redevenait proactif et de manque de motivation. En l'absence de changement de sa situation, le pronostic ne semble guère favorable puisque le maintien des plaintes est à l'origine de bénéfices secondaires importants. 2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE JUSQU'ICI (...) Pour motifs psychiques, il n'existe aucune incapacité de travail, ni de diminution de rendement dans l'ancien emploi.

- 10 - 3. EN RAISON DE SES TROUBLES, L'ASSURE EST-IL CAPABLE DE S'ADAPTER A SON ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL ? Il n'y a pas de trouble psychiatrique qui puisse empêcher l'assuré de s'adapter à un environnement professionnel. Cependant, le sentiment subjectif d'incapacité et le manque de motivation constituent clairement des handicaps. C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE (...) Après consilium, les experts estiment que des mesures de réadaptation sont possibles sur le plan ostéo-articulaire et pneumologique, en respectant les limitations fonctionnelles citées ci-dessus: une activité simple principalement sédentaire (position assise, avec possibilité d'alternance) nécessitant peu d'efforts physiques (charges égales ou inférieures à 10 kg), pas d'efforts répétitifs et sans mouvements de contrainte prolongée au niveau du rachis. Dans une telle activité, la capacité de travail de l'assuré serait de 100% avec un rendement de 80%. (...) 2.2 Capacité de travail dans un emploi adapté ? Après consilium, les experts estiment que la capacité de travail de l'intéressé dans un emploi adapté est de 100% avec un rendement de 80% pour raisons somatiques. Sur le plan psychiatrique, aucune incapacité n'est à retenir. (...) Dans le rapport relatif au "consilium de psychiatrie" du 18 mai 2006, le Dr R.\_\_\_\_\_ de la Clinique G.\_\_\_\_\_ pose la conclusion suivante (p. 7) : "(...) Il n'existe aucun argument en faveur de l'existence d'un des trois critères majeurs de la dépression selon l'OMS et l'expérience de l'expert. Sur l'échelle de HAMILTON quantifiant les symptômes de la dépression les jours précédant l'examen, le HAMD-17, le score est de 2 (pas de dépression). (...) Dans un avis médical SMR du 31 janvier 2007, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, expose les conclusions de l'expertise de la Clinique G.\_\_\_\_\_ du 1er décembre 2006 et en tire les conclusions suivantes : "(...) En conclusion : l'assuré présente toujours un trouble somatoforme douloureux, déjà mis en évidence par une expertise en 1996.

- 11 - Actuellement, selon la jurisprudence actuelle une telle atteinte à la santé n'est plus considérée comme invalidante vu l'absence de trouble psychiatrique à caractère invalidant ou de signe de gravité. Sur le plan somatique, les atteintes à la santé entraînent une incapacité de travail de 70% dans son activité habituelle de manutentionnaire. Dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas port de charges supérieur à 10 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 30 min, debout au-delà de 15 min, diminution du périmètre de marche à environ 30-40 min, absence de position en antéflexion ou porte à faux à répétition, possibilité de varier les positions à sa guise, pas d'activité sur terrain instable ou en hauteur, pas d'activité à forte charge physique de façon globale. Activité professionnelle de type sédentaire permettant les variations de positions à sa guise. Dans une telle activité, l'assuré présente une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20% au vu des limitations fonctionnelles présentées." Le 1er mars 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision supprimant son droit à une rente AI dès le 1er jour du 2e mois qui suivra la notification de la décision. Par courrier du 20 mars 2007, l'assuré a déclaré faire recours contre le projet de décision précité. Dans une lettre datée du 15 février 2008, l'OAI a pris position sur les arguments développés par le recourant dans le cadre de sa contestation du projet de décision du 1er mars 2007. L'OAI relève qu'il y a bien un trouble douloureux somatoforme mais qu'il n'est pas invalidant. Il explique en détail pourquoi il ne peut retenir l'abattement maximal de 25% sur le revenu d'invalidé (cf. plus en détail consid. 5d infra) et rappelle que l'évaluation de l'invalidité se fonde sur la notion théorique de marché du travail équilibré. Selon l'OAI, l'âge et la période d'inactivité de l'assuré limitent certes les possibilités de trouver un emploi, mais ne rendent

pas cette perspective illusoire. Par décision du 18 février 2008, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité dont l'assuré était bénéficiaire, pour le motif que son état de santé s'était nettement amélioré par rapport aux constatations faites lors de l'expertise COMAI du 28 novembre 1996. Pour justifier cette amélioration, l'OAI invoque l'avis du SMR relatif à l'expertise

- 12 - pluridisciplinaire du Centre G. \_\_\_\_\_ du 19 décembre 2006. L'OAI conclut que l'assuré a une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles avec une baisse de rendement de 20%. Dès lors, il estime que l'on peut raisonnablement exiger du recourant qu'il exerce une activité légère de substitution à 80%, lui procurant – après adaptation du salaire statistique au renchérissement, aux heures de travail et compte tenu d'un abattement de 15% – un revenu annuel d'invalidé de 39'324 fr. 96 qui, comparé au revenu sans invalidité (57'830 fr.), aboutit à un taux d'invalidité de 31.99%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à un quart de rente selon l'art. 28 LAI (cf. plus en détail consid. 5b infra). B. K. \_\_\_\_\_ représenté alors par le [...], a recouru par acte 18 mars 2008 contre cette décision. Il fait valoir que, selon la jurisprudence, il n'est pas possible de se baser sur une jurisprudence développée seulement à un stade ultérieur pour procéder à une reconsidération. Or, pour justifier la suppression de sa rente, l'OAI se baserait uniquement sur une évolution de la jurisprudence relative aux critères à remplir pour retenir le caractère invalidant de troubles douloureux somatoformes persistants (recours, p. 3). Le recourant fait en outre valoir qu'il résulte de nombreux avis médicaux que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis 1996. Ainsi, dans son avis médical du 8 février 2005, le Dr T. \_\_\_\_\_ du SMR a émis des doutes, qui ont disparu par la suite. Dans son rapport médical du 31 août 2005, la Dresse V. \_\_\_\_\_ de la polyclinique A. \_\_\_\_\_ a relevé que le patient présentait toujours un trouble somatoforme douloureux et qu'au vu de l'état dépressif, du trouble somatoforme douloureux évalué par le psychiatre ainsi que des troubles cognitifs importants, il semblait peu probable que l'assuré puisse se réinscrire dans le monde du travail. Enfin, dans son examen clinique du 25 avril 2005, le Dr T. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que l'on était face à une différence d'appréciation d'une situation semblable entre 1996 et maintenant (recours, p. 3-4). Malgré cela, l'OAI a jugé nécessaire d'ordonner une expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertises G. \_\_\_\_\_. Le rapport d'expertise du 1er décembre 2006 a posé des

- 13 - diagnostics similaires à ceux retenus en 1996 et a relevé des limitations fonctionnelles identiques. Le syndrome douloureux somatoforme persistant est donc toujours présent chez l'assuré mais, selon l'expertise, il "ne peut pas être considéré comme invalidant, car il ne remplit pas les critères de gravité de la jurisprudence actuelle" (recours, p. 4). De même, l'avis médical SMR du 31 janvier 2007 retient que le recourant présente toujours le syndrome douloureux somatoforme persistant mis en évidence en 1996, mais que "actuellement, selon la jurisprudence actuelle une telle atteinte à la santé n'est plus considérée comme invalidante vu l'absence de trouble psychiatrique à caractère invalidant ou de signe de gravité". En d'autres termes, le SMR retient que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas amélioré mais que la jurisprudence actuelle ne considère plus une telle atteinte à la santé comme invalidante. La décision attaquée serait donc arbitraire dans la mesure où elle supprime la rente du recourant uniquement sur la base d'une évolution de la jurisprudence et non sur la base d'une amélioration de son état de santé (recours, p. 5). Le recourant a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au maintien de la rente d'invalidité entière. Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 avril 2008,

l'assistance ainsi accordée comprenant l'assistance d'un avocat en la personne de Me Alec Crippa. Par réponse du 21 mai 2008, l'OAI a nié s'être fondé sur l'évolution de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux pour reconsidérer la décision initiale reconnaissant le droit à une rente entière. Il a fait valoir que, bien qu'il ne l'ait pas clairement mentionné dans la décision attaquée, c'est bien une amélioration de l'état de santé constatée lors de l'expertise de 2006 qui constitue le motif de la révision. En effet, l'état dépressif relevé à de nombreuses reprises antérieurement n'existait plus au printemps 2006, comme cela ressort de la partie psychiatrique de l'expertise (p. 6-8, 10 et 12), où il est clairement dit que l'assuré est parfaitement sain sur le plan psychique et que rien ne justifie plus, sur ce plan, une incapacité de travail. L'OAI a par conséquent conclu au rejet du recours.

- 14 - Par réplique du 22 juillet 2008, le recourant, représenté par Me Alec Crippa, a réaffirmé que les experts interrogés jusqu'à fin 2005 s'accordaient pour confirmer que les constatations du rapport COMAI du 28 novembre 1996 restaient valables. Ce n'est que quelques mois plus tard que le Centre G.\_\_\_\_\_ a conclu de manière surprenante que la situation psychique du recourant avait soudainement évolué. Ces divergences révéleraient à tout le moins une instabilité de l'état de santé psychique du recourant, qui ne remplirait pas les conditions strictes de l'art. 88a RAI en vue d'une éventuelle suppression du droit à la rente. Au surplus, près de deux ans s'étant écoulés entre l'expertise G.\_\_\_\_\_ et la décision attaquée, il y aurait lieu d'ordonner une nouvelle expertise judiciaire pour évaluer l'état de santé physique et psychique du recourant sur la base d'éléments actuels et non obsolètes (réplique, p. 2). Le recourant soutient par ailleurs qu'au vu de son âge (57 ans) et des limitations déjà constatées en 1996, les possibilités de réinsertion seraient plus que limitées, voire nulles. Les seules limitations fonctionnelles rendraient totalement illusoire les perspectives de retrouver un emploi. Dans le cas présent, l'OAI aurait dû être en mesure de concrétiser le travail qu'il envisage pour l'assuré (cf. arrêt 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 (réplique, p. 2-3). Enfin, l'abattement sur le revenu d'invalidité aurait dû être de 25% et non de 15% (p. 4). Par duplique du 8 août 2008, l'OAI a maintenu sa position et relevé que procéder à une nouvelle expertise ne serait pas utile dans la mesure où aucun document n'a été produit pour rendre plausible une modification de la situation du recourant depuis le printemps 2006. E n d r o i t : 1. a) Le présent recours tend à l'annulation de la décision de l'intimé du 18 février 2008 et au maintien de la rente entière d'invalidité. Interjeté le 18 mars 2008, dans le délai légal de trente jours dès la

- 15 - notification de la décision entreprise, il est recevable à la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). b) A teneur de la disposition transitoire de l'article 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 administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière, qui est applicable aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse est manifestement supérieure à 30'000 fr., puisque le recours est formé contre une décision de suppression de rente entière qui avait été octroyée pour une durée indéterminée. Par conséquent, la présente cause est de la compétence de la cour composée de trois juges (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 1 let. a LPA-VD

a contrario). c) Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'espèce la décision du 18 février 2008. Par conséquent, les modifications de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) consécutives à la 5e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont pas applicables au présent cas. 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

- 16 - 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPG), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux 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 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 et 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 125 V 351, consid. 3a, p. 352; 122 V 157, consid. 1c, p. 160 et les références).

- 17 - L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise présentée par une partie peut ainsi également valoir comme moyen de preuve.

Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (cf. ATF 125 V 351, consid. 3b, p. 352). De même, selon une jurisprudence constante, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un experts qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc). Il convient cependant de relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007, précité, consid. 5.2). Au demeurant, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les

- 18 - investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, p. 47, n° 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; Kummer, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4e éd., p. 135; Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, thèse Genève 1991, p. 63; cf. aussi ATF 122 III 219 spéc. pp. 223-224; ATF 120 Ib 224 cons. 2b; ATF 119 II 114 cons. 4c; ATF 119 V 335 cons. 3c; TFA, du 6 mars 1997, U 207/96 ad TAss VD, AA 55/1996 du 29 février 1996). 3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGa, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.01]). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les articles précités. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il ne suffit pas qu'une situation, restée inchangée

- 19 - pour l'essentiel, soit appréciée d'une manière différente. En outre, une modification peu importante des données statistiques de caractère général ne peut mener à révision (ATF 133 V 545). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision ne se justifie que lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (Tass VD, AI 42/1995 du 9 février 1995). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'il 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. 3.5.2 p. 351, 125 V 369 consid. 2 et la référence citée). b) La révision, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, qui intervient en cas de modification notable du taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente, doit être distinguée de la reconsidération, au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, qui permet à l'assureur de revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Or l'arrêt du Tribunal fédéral cité par le recourant (TF, I\_138/07 du 25 juin 2007), qui rappelait que pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à cette époque (ATF 125 V 383, consid. 3 p. 389 s., 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479), ne concerne pas la révision, au sens de l'art. 17 LPGA, mais la reconsidération, au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. Il n'est donc pas topique en l'espèce, l'autorité intimée n'ayant pas procédé à la reconsidération de la décision de rente initiale sur la base d'une nouvelle jurisprudence plus restrictive sur l'admission du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352), laquelle est postérieure à la décision initiale, mais bien en raison d'une amélioration de l'état de santé du recourant. 4. a) En l'espèce, certes, dans son avis médical du SMR du 26 avril 2005, le Dr T.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il est clair, vu d'aujourd'hui, que l'aspect psychiatrique aurait mérité une appréciation plus détaillée que ce qui est

- 20 - décrit dans l'expertise de 1996, et qu'actuellement ni le diagnostic de trouble somatoforme ni celui de trouble dépressif ne peut être retenu. Il a relevé qu'il est impossible, sur la base des documents du dossier et de l'examen actuel, de préciser une date d'amélioration de l'état de santé entre 1996 et maintenant, "ce d'autant plus que nous sommes face à une différence d'appréciation d'une situation semblable entre 1996 et maintenant". De même, l'expertise interdisciplinaire de la Clinique G.\_\_\_\_\_ du 1er décembre 2006 retient qu'"au niveau psychiatrique, le syndrome douloureux somatoforme persistant ne peut pas être considéré comme invalidant, car il ne remplit pas les critères de gravité de la jurisprudence actuelle". Cette constatation a conduit le Dr J.\_\_\_\_\_, dans son avis médical SMR du 31 janvier 2007, à indiquer que l'assuré présente toujours un trouble somatoforme douloureux, déjà mis en évidence par une expertise en 1996, mais qu'"actuellement, selon la jurisprudence actuelle une telle atteinte à la santé n'est plus considérée comme invalidante vu l'absence de trouble psychiatrique à caractère invalidant ou de signe de gravité". Toutefois, ce n'est pas en raison de la clarification, respectivement du durcissement de la jurisprudence relative à la reconnaissance du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux que l'autorité intimée a retenu qu'il y avait lieu à révision (et non à reconsidération), mais bien en raison de l'amélioration de l'état de santé psychique du recourant depuis la décision initiale d'octroi de rente, en l'absence par ailleurs d'aggravation de l'état de santé physique, le status ostéoarticulaire restant globalement inchangé depuis 1996. L'expertise du COMAI du 28 novembre 1996 retenait en effet une incapacité de travail totale dans une activité de manutentionnaire telle qu'exercée par l'assuré avant l'atteinte à la santé et précisait que cette incapacité était la résultante, d'une part, des limitations sur le plan physique et, d'autre part, de l'atteinte psychique, l'assuré "présent[ant] actuellement un état dépressif grave, qui empêche actuellement une reprise du travail".

- 21 - Or, il résulte de l'expertise interdisciplinaire du Centre G.\_\_\_\_\_ du 1er décembre 2006 que l'état de santé du recourant s'est sensiblement amélioré sur le plan psychique,

puisque, si les experts confirment l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, ils n'ont pu constater aucune comorbidité psychiatrique, ne relevant en particulier pas de trouble de l'humeur, ni de manifestation anxieuse ou psychotique. L'état de santé psychique du recourant a été soigneusement investigué par l'expert psychiatre et a fait l'objet d'un consilium de psychiatrie du 18 mai 2006 joint au rapport d'expertise du 1er décembre 2006. Ce consilium contient une anamnèse détaillée, prend en considération les plaintes subjectives de l'assuré et explique de manière motivée et convaincante la conclusion qu'il n'existe aucun argument en faveur de l'un des trois critères majeurs de la dépression selon l'OMS et l'expérience de l'expert, lequel précise que sur l'échelle de Hamilton quantifiant les symptômes de la dépression le jour précédant l'examen, le HAMD-17, le score est de 2 (pas de dépression) (p. 7). Il retient que le recourant présente un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis une dizaine d'années, lequel ne remplit pas les critères de gravité de la jurisprudence actuelle pour être qualifié d'invalidant (p. 9-10). Cette dernière remarque ne signifie nullement qu'en 1996, le trouble somatoforme persistant déjà diagnostiqué ait été considéré comme invalidant selon les critères en vigueur à l'époque indépendamment de l'état dépressif grave que présentait alors l'assuré. Il apparaît au contraire que cet état dépressif grave était un élément central de la reconnaissance de l'incapacité de travail du recourant. Or, à cet égard, l'état de santé psychique du recourant s'est sensiblement amélioré, puisque selon les constatations de l'expertise G. \_\_\_\_\_, qui doivent se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, le recourant ne présente plus de trouble dépressif. b) La constatation de l'amélioration de l'état de santé psychique du recourant par les experts indépendants mandatés par l'OAI rejoint celle qu'avait déjà faite le Dr T. \_\_\_\_\_ du SMR dans son rapport d'examen clinique du 26 avril 2006, dans lequel il concluait qu'actuellement ni le diagnostic de trouble somatoforme ni celui de trouble dépressif ne pouvait

- 22 - être retenu. C'est toutefois bien l'avis de l'expert psychiatre, le Dr R. \_\_\_\_\_, exprimé dans le rapport de la Clinique G. \_\_\_\_\_ et non celui du Dr T. \_\_\_\_\_ - qui n'est pas psychiatre et avait préconisé une expertise indépendante en raison des divergences entre ses propres constatations et celles de la Dresse V. \_\_\_\_\_, qui n'est pas non plus psychiatre, dans son rapport médical du 31 août 2005 - qui est déterminant et doit conduire à retenir une amélioration de l'état de santé psychique du recourant. c) Quant au rapport médical du 31 août 2005 de la Dresse V. \_\_\_\_\_, il n'est pas de nature à mettre en doute les conclusions dûment motivées de l'expertise interdisciplinaire du Centre G. \_\_\_\_\_. Ce rapport retient certes notamment le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant et d'état dépressif chronique, en relevant que le patient présente tous les symptômes de la ligne dépressive (tristesse, fatigue, apathie, inappétence); cette constatation émane toutefois d'une praticienne qui n'est pas psychiatre et elle est motivée uniquement par une référence à une consultation psychiatrique du 24 août 2005, laquelle aurait mis en évidence la persistance d'un trouble somatoforme douloureux et d'un état dépressif d'intensité moyenne à sévère avec un score MADRS de 24/60. Or, d'une part il n'y a aucune motivation quant aux résultats de cet examen clinique, mais encore celui-ci est antérieur de neuf mois à l'examen par les experts du Centre G. \_\_\_\_\_, qui ont rendu leurs conclusions sur la base d'un dossier complet et dont l'examen représente la situation la plus actuelle de l'état de santé du recourant. A cet égard, le recourant fait valoir dans sa réplique que près de deux ans s'étant écoulés entre l'expertise G. \_\_\_\_\_ et la décision attaquée, il y aurait lieu d'ordonner une nouvelle expertise judiciaire pour évaluer son état de santé physique et psychique sur la base d'éléments actuels et non obsolètes. Toutefois, il ne fait

état d'aucun élément qui permettrait de penser que son état de santé ait subi des modifications depuis l'expertise de la Clinique G.\_\_\_\_\_. Dans ces conditions, sa requête d'expertise doit être rejetée. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse

- 23 - des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; cf. aussi ATF 122 II 469, consid. 4a; 122 III 223, consid. 3c; 120 Ib 229, consid. 2b; 119 V 344, consid. 3c et la référence). d) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique dans la mesure où, faisant fond sur l'expertise pluridisciplinaire du 1er décembre 2006 qui doit se voir reconnaître pleine valeur probante et dont le rapport de la Dresse V.\_\_\_\_\_ du 31 août 2005 - dont les experts ont eu connaissance - n'est pas susceptible de remettre en doute les conclusions, elle retient que l'état de santé psychique du recourant s'est amélioré en ce sens qu'il n'y a désormais plus d'incapacité de travail pour raisons psychiatriques (le seul obstacle sur le plan psychiatrique réside dans un sentiment subjectif d'incapacité et de manque de motivation), mais que la capacité de travail de l'intéressé dans un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles (soit dans une activité permettant d'exclure les efforts physiques importants ainsi que les efforts prolongés et répétitifs pendant quelques heures même avec un port de charges légères, le port de charges supérieures à 10 kg, les positions statiques assises ou debout prolongées ainsi que les mouvements itératifs en torsion ou en antéflexion-rétroflexion du tronc) est de 100% avec un rendement de 80% pour raisons somatiques. 5. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

- 24 - b) S'agissant du gain d'invalide, lorsque l'assuré n'a pas - comme en l'espèce - repris d'activité professionnelle, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des Enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : ESS; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb; 134 V 322 consid. 5.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; VSI 1999 p. 182). En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004 4'588 fr. par mois (ESS, TA1, niveau de qualification 4). L'autorité intimée a, conformément à la jurisprudence, adapté ce salaire compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique 10- 2006, tableau B 9.2), aboutissant à un revenu d'invalide de 57'258 fr. 24 en 2004. Après adaptation à l'évolution des salaires intervenue de 2004 à 2005 (+1 %; La Vie économique 10-2006, tableau b 9.2), l'autorité intimée a retenu un revenu hypothétique annuel de 57'830 fr. 82, soit de 46'264 fr. 66 par année pour une activité légère de substitution exercée à 80%. Sur ce montant, elle a encore retenu un abattement de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré (ATF 126 V 75), aboutissant en fin de compte à un revenu annuel d'invalide de 39'324 fr. 96 qui, comparé au revenu sans

invalidité (57'830 fr.), conduisait à un taux d'invalidité de 31.99%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à un quart de rente selon l'art. 28 LAI. c) Le recourant invoque l'impossibilité pratique de reprendre une activité professionnelle. Il fait valoir que son âge, le fait qu'il n'a plus travaillé depuis 14 ans et les nombreuses limitations fonctionnelles relevées par les rapports d'expertise auraient pour conséquence qu'il n'existerait pas sur le marché du travail suffisamment de postes adaptés aux limitations fonctionnelles qu'il présente et lui permettant de mettre en

- 25 - œuvre son éventuelle capacité résiduelle de travail dans une mesure significative (cf. réplique, p. 2-3). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, lors de l'examen de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TF 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 3.3; TFA I 198/97 du 7 juillet 1998, consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG (auquel renvoie l'art. 28 al. 2 LAI) lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2; cf. RCC 1991 p. 329 consid. 3b, 1989 p. 328 consid. 4a). Par ailleurs, la notion de marché du travail équilibré ne comprend pas seulement un certain équilibre entre l'offre et la demande de postes, mais aussi un marché du travail qui présente un éventail des activités les plus diverses, en ce qui concerne aussi bien les exigences professionnelles et intellectuelles requises que l'engagement physique (ATF 110 V 276 consid. 4b p. 276 et les références). A la lumière de ces considérations, il y a lieu de déterminer dans chaque cas de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 3.4; TF 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

- 26 - En l'espèce, les limitations fonctionnelles du recourant ne sont pas telles que l'activité légère exigible de la part du recourant en vertu de son obligation de diminuer le dommage ne pourrait être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice supposerait de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant. Il convient au contraire d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. Au surplus, on ajoutera que l'assurance-invalidité n'a pas à répondre des difficultés du recourant pour trouver un emploi approprié liées à son âge ou à son manque de formation professionnelle. S'il est vrai que de tels facteurs - étrangers à l'invalidité - jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances

supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATF 107 V 17 consid. 2c; TF I\_1082/06 du 24 septembre 2007, consid. 2.2; TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, publié in VSI 1999 p. 246). d) Enfin, le recourant estime que l'abattement opéré par l'OAI sur le revenu d'invalidité est insuffisant et qu'il aurait dû être procédé à l'abattement maximal de 25% autorisé par la jurisprudence (cf. réplique, p. 4). Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidité déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service,

- 27 - nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 126 V 75 consid. 6). En l'espèce, l'autorité intimée a exposé avoir retenu un abattement de 15% sur le revenu d'invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant et de son âge; elle a relevé que le recourant, au bénéfice d'un permis C et d'une expérience professionnelle depuis 1982 en Suisse, ne présentait aucune limitation liée aux années de service, à la catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation, si bien que l'abattement maximal de 25% ne saurait être justifié. Ce faisant, l'OAI n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation et il n'appartient pas à la cour de céans d'intervenir en substituant à l'appréciation de l'autorité intimée sa propre appréciation, qui n'aurait d'ailleurs pas lieu d'être différente. 6. a) Il résulte de ce qui précède que, par rapport à la situation prévalant au moment de l'octroi de la rente entière d'invalidité, la capacité de gain du recourant s'est accrue ensuite de l'amélioration de son état de santé psychique, qui ne s'oppose plus à la reprise d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles lui permettant de réaliser un revenu hypothétique inférieur de 32% à celui qu'il réaliserait sans invalidité. Or un taux d'invalidité inférieur à 40% n'ouvre pas le droit à une rente (art. 28 al. 2 LAI). Comme le changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre, l'OAI a à bon droit supprimé la rente avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision (art. 88a al. 1 et 88bis al. 2 let. a RAI). Le recours se révèle dès lors mal fondé et doit être rejeté.

- 28 - b) En dérogation à l'art. 61, let. a, LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. 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 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI, applicable ratione temporis à la présente procédure puisque celle-ci a été introduite après le 1er juillet 2006). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

- 29 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision attaquée est confirmée. III. Un émolument judiciaire de 500 fr. (cinq cents

francs) est mis à la charge du recourant K.\_\_\_\_\_. 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 Alec Crippa, avocat, Grand-Chêne 8, case postale 7283, 1002 Lausanne (pour le recourant), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, Avenue du Général Guisan 8, 1800 Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, Effingerstrasse 20, 3003 Berne, par l'envoi de photocopies.

- 30 - 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.