

VD_GERICHTE ZD09.003460 vom 6. April 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-04-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.003460

FR: VD_GERICHTE ZD09.003460 du 6 avril 2010

IT: VD_GERICHTE ZD09.003460 del 6 aprile 2010

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 49/09 - 135/2010 CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES

Arrêt du 6 avril 2010

Présidence de M. ABRECHT Juges : MM. Zbinden et Pittet,
assesseurs Greffier : M. Bichsel ***** Cause pendante entre : P._____, à Renens,
recourant, représenté par Me Philippe Chaulmontet, avocat à Lausanne, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 53 al. 2 LPGA ; art. 16 LPGA et 28 al. 2 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. a) P._____, né le 17 juin 1960, originaire d'ex-Yougoslavie (Kosovo), marié et père de famille nombreuse (cinq enfants au Kosovo et deux en Suisse d'un deuxième lit), a exercé l'activité de manœuvre dans le bâtiment. En incapacité totale de travail depuis le 19 juillet 1993 en raison de problèmes lombaires et psychologiques, il a déposé le 8 septembre 1994 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession, respectivement d'une rente. b) Dans un rapport adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'office) le 12 janvier 1995, la Dresse N._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a posé les diagnostics de lombalgies chroniques d'origine mixte (syndrome lombovertébral modéré sur discopathies basses non compressives prédominant en L4-L5 à gauche; surcharge psychogène) et de suspicion de syndrome du tunnel carpien gauche. Selon ce médecin, on pouvait admettre, sur le plan ostéoarticulaire, une incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de maçon/manoeuvre et de 0 % dans une activité adaptée, étant précisé qu'un avis psychiatrique "justifiera[it] peut-être le 100 %". c) Dans un rapport du 23 janvier 1995, le Dr H._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a retenu les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales chroniques, de troubles statiques et dégénératifs discrets du rachis lombaire, de psoriasis cutané ainsi que de surcharge psychogène. Il a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100 % dans la profession de manœuvre, mais qu'il pourrait bénéficier d'un reclassement professionnel dans une activité moins astreignante. Etais annexé à ce rapport la lettre de sortie du 6 janvier 1995 suite à un séjour à l'Etablissement thermal [...], dans laquelle les Drs

- 3 - K._____, médecin-chef, et L._____, médecin-assistant, relevaient notamment ce qui suit: "EVOLUTION-DISCUSSION : Ce patient présente des lombo-sciatalgies bilatérales chroniques. On est frappé chez M. P._____ par des plaintes relativement importantes et un status clinique qui ne révèle aucun syndrome radiculaire irritatif ou d'atteinte neurologique déficitaire, mis à part une hypoesthésie algique subjective de la cuisse gauche. Du point de vue paraclinique, sur les clichés fonctionnels que nous avons pratiqués, on ne met en évidence qu'une très discrète augmentation de la mobilité segmentaire L4-L5 (se référer aux courbes, ci-jointes, de la mobilité segmentaire du rachis).

Par ailleurs, au CT-SCAN lombaire, on remarque de petites plages d'atrophie de la musculature paravertébrale prédominant en L4-L5 et L5-S1. Ces constatations nous laissent évoquer la possibilité d'une dysbalance musculaire à l'origine des douleurs du patient. Pourtant, au vu de la discordance entre les plaintes et les constatations objectives, on peut se demander, si d'autres facteurs n'entrent pas en ligne de compte dans la chronification des troubles du patient. Nous sommes effectivement frappés chez ce patient par une importante angoisse, qui contraste avec une attitude peu démonstrative et une bonne collaboration dans les traitements physiothérapeutiques. Il est donc possible que ce patient présente une pathologie psychologique le rendant incapable de guérir, qui, à notre avis, n'entre pas dans le cadre d'une surcharge psychique. Par conséquent, à notre avis, il n'est pas possible ni équitable de juger et de s'exprimer quant à la capacité de travail de ce patient, sans avoir un avis psychiatrique complet. Le patient a d'ailleurs déjà consulté le Dr Q. _____ de la Polyclinique psychiatrique universitaire à Lausanne à cet effet. Il doit d'ailleurs être revu par ce médecin le 17.01.1995, pour compléter le bilan psychiatrique. D'autre part, à la sortie de notre Etablissement, le patient présente une bonne amélioration de ses sciatalgies, alors que les lombo- pygialgies sont tout à fait stationnaires." d) Dans un rapport adressé le 2 mai 1995 à la Dresse N. _____, les Drs B. _____ et Q. _____, respectivement médecin associé et médecin- assistant auprès de la Polyclinique psychiatrique universitaire A (PPU-A) du Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA), ont exposé ce qui suit: "Nous vous remercions de nous avoir adressé le patient susnommé souffrant de lombalgies chroniques imputables à des discopathies lombaires basses ainsi que d'un discret trouble statique sans que l'on puisse mettre en évidence d'hernie discale. Ses douleurs toutefois empêchent toute reprise de travail depuis plus d'une

- 4 - année (arrêt total de travail depuis le 19.07.1993) et ceci malgré différents traitements (cure thermique à [...], physiothérapie intensive, traitement de Saroten à raison de 150 mg par jour etc). Vous nous posez alors la question d'une surcharge psychogène ou d'une affection psychiatrique vu la discordance entre l'importance des plaintes de M. P. _____ et la normalité de ses examens cliniques et paracliniques. ANAMNESE ACTUELLE Monsieur P. _____ déclare avoir été opéré d'une hernie discale à la fin de l'année 1993 et ceci après avoir été "bloqué" à trois reprises durant son travail de maçon. Il décrit alors des douleurs au bas du dos, dans les deux fesses irradiant sans cesse dans les deux jambes et jusque dans le pied gauche ceci même quand il est assis et pouvant de temps à autre apparaître sous forme de "pique" violent. Toutefois ce dernier craint surtout d'être à nouveau bloqué décrivant alors cette situation comme consécutive d'un travail même léger, comme celui de passer l'aspirateur par exemple et qui provoquerait alors une douleur progressive jusqu'au dit blocage. Le patient se présente à la PPU-A en déclarant ne pas savoir pourquoi il y vient, "mais qu'il a mal au dos". Il rajoute que "le médecin d'assurance" lui a déclaré qu'il n'avait rien et que son assurance allait alors arrêter de payer. M. P. _____ considérant ne pas avoir de problème dans sa tête imagine que ça ira mieux du fait "qu'on va lui expliquer son problème" mais rajoute souffrir avant tout de ce que personne ne croit en ses douleurs à part sa mère et que "ça c'est pas possible". Sans faire d'associations il poursuivra en déclarant que les médecins de son pays n'ont rien fait pour son père qui est mort d'un cancer des poumons quatre ans auparavant. Il ne peut ainsi imaginer rentrer au Kosovo en mauvaise santé du fait de ne pas avoir d'assurance et d'habiter un village à 20 km de tout médecin. Il rajoute vivre à Lausanne avec un de ses frères cadet qui a fui le Kosovo pour ne pas faire l'armée et que lui-même a peur d'y retourner craignant d'y être emprisonné sans raison. Il se sent alors plus libre en Suisse.

Nous notons que le Dr H. _____, chirurgien-orthopédiste à [...], aurait fait une demande de réadaptation à l'AI ceci durant le courant de l'été 1994. A cette même époque, le patient, en conflit avec son assurance, a pris un avocat pour faire recours contre celle-ci qui ne lui payait plus ses prestations depuis le 20 octobre 1994. STATUS Patient de 34 ans, bien bâti, habillé soigneusement. Parlant extrêmement mal le français. Ce dernier marque d'emblée par son discours pauvre associé à un visage triste, inactif. On ne note pas de troubles de l'orientation, de la conscience, de la mémoire ni de troubles de la lignée psychotique. Par contre des troubles formels de la pensée sont présents sous forme d'une pensée opératoire, surinclusive avec des réponses à côté et la présence d'un discours sans cesse paradoxal s'étayant sur des mécanismes de déni et de clivage. Calme, collaborant mais avec une mimique désaffectée et

- 5 - un manque d'insight évident, ce patient reste inatteignable, laissant de fait son interlocuteur sans cesse impuissant. ANTECEDENTS PERSONNELS Patient originaire du Kosovo, aîné d'une fratrie de neuf (trois frères et cinq sœurs). Son père, décédé il y a 4 ans, est décrit comme ayant toujours été gentil, correct avec tout le monde, aimant bien travailler et poussant ses enfants à le faire. Ce dernier aurait ainsi donné "une belle vie" à ses enfants. Il se remariera avec la mère du patient après avoir vécu avec une femme "stérile". La mère du patient, de 10 ans plus jeune que son mari, est décrite comme plus sérieuse que le père, faisant la discipline à la maison. Le patient déclare avoir un bon contact avec elle et rester toute la journée avec cette dernière quand il est en vacances. Le patient fera l'école primaire jusqu'à l'âge de 16 ans, une école "internationale et expérimentale" de 16 à 18 ans, puis une école de mécanicien qu'il terminera à l'âge de 21 ans obtenant son diplôme. Par la suite, il fera 15 mois de service militaire avant de reprendre le domaine familial. Toutefois, avec l'appui de son père, il décidera de venir en 1986 en Suisse afin de gagner plus d'argent. Travaillant comme maçon, il dit avoir toujours été très apprécié de ses patrons qui le laissent partir quatre fois par année en vacances dans son pays. Marié en 1982, sa femme et ses cinq enfants vivent, à ce jour, avec sa mère dans son village natal comme lui-même le souhaite. DISCUSSION Monsieur P. _____ présente une structure de la personnalité de type paranoïaque. Ce type de personnalité est caractérisé par la nécessité de conserver une image harmonieuse où tout élément problématique, négatif, doit être mis à l'extérieur. Toutefois, cette situation ne peut évidemment s'appliquer indéfiniment et l'apparition d'une souffrance physique réelle, même à minima, est considérée alors comme un préjudice à l'intégrité ainsi menacée. Très démunis dans leur capacité d'intégration, de contention d'un problème ainsi introjecté, ce type de patient va alors rester dans une demande rigide de réparation totale de leur statut précédent. Situation qui correspond à celle de Monsieur P. _____ qui par la persistance de ses troubles somatoformes douloureux revendique réparation du préjudice de ses douleurs lombaires. Le manque de sécurité dans son pays (Kosovo), comme le fait d'y avoir vu son père mourir sans soins adéquats ne fait alors qu'exacerber ses angoisses de mort sous-jacentes. Dans ce contexte, il apparaît peu probable que M. P. _____ puisse renoncer à une symptomatologie qui laisse ses thérapeutes dans l'impuissance lui permettant ainsi de restaurer sa propre image autrement défaillante. L'évaluation, avec le patient, d'une rente AI à 100% devrait permettre de diminuer ses angoisses comme d'éviter une surenchère de ses revendications." e) Dans un rapport adressé le 14 juin 1995 à l'OAI, la Dresse N. _____ a posé les diagnostics de somatisation chez une personnalité de type paranoïaque (en référence au rapport établi le 2 mai 1995 par la PPU- A cité ci-dessus), ainsi que de lombalgies chroniques mixtes sur syndrome

- 6 - lombovertébral modéré avec discopathie lombaire basse non compressive. Selon ce médecin, l'incapacité de travail de l'assuré demeurerait totale dans l'activité de manœuvre, et ce malgré un état de santé qualifié de "discrètement amélioré par rapport à janvier 1995"; un examen médical complémentaire n'était à son sens pas indiqué, dès lors que l'évaluation psychiatrique était prioritaire, que le patient avait déjà été vu par l'Etablissement thermal [...] en plus de sa propre évaluation et que, sur le plan lombaire, le diagnostic était clair. f) Le 2 octobre 1995, la Division Réadaptation professionnelle de l'OAI a adressé à la Division administrative un rapport dont la teneur est la suivante: "Dans leur rapport du 06.01.95, les docteurs K. _____ et L. _____ de [...] indiquent: « il est donc possible que ce patient présente une pathologie psychologique le rendant incapable de guérir qui, à notre avis, n'entre pas dans le cas d'une surcharge psychique. Par conséquent, à notre avis, il n'est pas possible ni équitable de juger et de s'exprimer quant à la capacité de travail de ce patient, sans avoir un avis psychiatrique complet ». La Dresse N. _____, dans son rapport du 12.01.95, signale au point 1.5 « qu'un examen psychiatrique justifiera peut-être une incapacité de 100% ». Dans son rapport du 14.06.95, cette même doctoresse signale que « l'évaluation psychiatrique était prioritaire ». Vous nous avez récemment fait parvenir les résultats de cette évaluation qui a été faite par les Drs B. _____ et Q. _____ de la PPU-A. De leur rapport du 02.05.95, il nous paraît nécessaire de mettre en exergue les remarques suivantes: Parlant extrêmement mal le français, ce patient marque d'emblée par son discours pauvre associé à un visage triste, inaffectif. Les troubles formels de la pensée sont présents, avec des réponses à côté et la présence d'un discours sans cesse paradoxal s'étayant sur des mécanismes de déni et de clivage. ... avec une mimique désaffectée et un manque d'insight évident, ce patient reste inatteignable, laissant de fait son interlocuteur sans cesse impuissant. M. P. _____ présente une structure de la personnalité de type paranoïaque. Dans leur conclusion, ces praticiens estiment « qu'il est peu probable que notre assuré renonce à une symptomatologie qui

- 7 - laisse ses thérapeutes dans l'impuissance et que l'évaluation d'une rente AI entière devrait permettre de diminuer ses angoisses comme d'éviter une surenchère de ses revendications ». Compte tenu de ce qui précède, nous sommes désormais convaincus que toute tentative de reclassement est vouée à un échec certain. Nous partageons par conséquent l'avis des psychiatres consultés quant à l'attribution d'une rente AI entière. En conséquence et compte tenu de la totale incapacité de cet assuré à assumer une quelconque activité professionnelle, en raison de sa problématique psychique, nous concluons à son droit de bénéficier d'une rente entière de notre Assurance. Notre intervention n'étant dès lors plus justifiée, nous classons ce dossier aux archives." g) Sur la base de ces documents, l'office a, par prononcé du 23 octobre 1995 confirmé par décision du 15 janvier 1996, octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité avec effet dès le 1er juillet 1994, fondée sur un degré d'invalidité de 100 % dès le 19 juillet 1993. h) Dans le cadre d'une révision d'office du droit à la rente, l'OAI a interpellé la Dresse X. _____, généraliste FMH et médecin traitant de l'assuré depuis le mois d'août 1995. Dans un rapport du 21 décembre 1998, cette praticienne a notamment répondu ce qui suit aux questions de l'office: "1.1 Révision de la rente entière de l'assuré précité. Quelle est la situation actuelle? Capacité de travail dans une activité adaptée? Depuis 1995, il n'y a pas eu d'amélioration, ni sur le plan physique ni sur le plan psychique. Une réadaptation serait vouée à l'échec." [...] "3. Diagnostic (souligner les affections importantes) • syndrome lombosciatique L5S1 prédominant à G sur discopathie non compressive • somatisation chez une personnalité de type paranoïaque • état dépressif modéré réactionnel à sa situation familiale • psoriasis" Par communication du 1er mars

1999, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait examiné son degré d'invalidité et constaté qu'il n'avait pas changé au point d'influencer le droit à la rente, de sorte qu'il continuait à bénéficier de la même rente que jusqu'alors.

- 8 - B. a) Dans le cadre d'une nouvelle révision d'office du droit à la rente entreprise en mars 2003, l'OAI a interpellé le Dr T._____, du Centre médical [...]. Dans un bref rapport du 30 mai 2003, ce médecin a relevé que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé selon ce dernier; l'incapacité de travail était totale dans l'activité de maçon. Interrogé sur le point de savoir si une capacité de travail dans une activité adaptée était exigible, le Dr T._____ a indiqué ce qui suit: "Distance culturelle rend cela difficile, mais un travail comme un métier de surveillance, mécanicien de précision, etc..." b) Dans un avis du 24 février 2004, la Dresse R._____, médecin-chef du SMR, a retenu ce qui suit: "Assuré de 43½ ans, Kosovo en Suisse depuis 1991, marié, 4 enfants de 14 à 20 ans (la famille était restée au Kosovo à l'époque de la demande), manoeuvre chez [...]. Il dépose une demande AI en septembre 1994 pour MP[mesures professionnelles]/rente. Il est en IT [incapacité de travail] quasiment ininterrompue depuis juillet 1993. Le dossier de l'époque comprend: • un rapport de la Dresse N._____, rhumatologue, daté du 12.01.95, mentionnant des lombalgies chroniques sur discopathies basses non compressives prédominant en L4-L5 à g. [gauche] et surcharge psychogène, ainsi qu'une suspicion de tunnel carpien g. Elle estime la CT [capacité de travail] exigible à 50 % comme maçon et à 100 % dans une activité adaptée, suggérant un avis psychiatrique; • un rapport du Dr H._____, qui préconise aussi des MP et joint la lettre de sortie d'un séjour à [...]. Dans celle-ci, il est relevé la discordance entre les plaintes et les constatations et la nécessité d'obtenir un avis psychiatrique, précisant qu'un 1er entretien a déjà eu lieu, avant d'estimer la CT exigible; • un consilium psychiatrique du 02.05.1995 adressé à la Dresse N._____, signé par les Drs Q._____ et B._____ du DUPA. Il y est précisé que l'assuré parle très mal le français et qu'il ne se sent pas malade de la tête. Aucune mention d'un traducteur ou interprète. Les psychiatres concluent à une structure de personnalité de type paranoïde et postulent que c'est sa structure qui le conduit à rechercher réparation totale de son préjudice physique. Les psychiatres ne se prononcent pas sur la capacité de travail mais estiment, avec le patient, qu'une rente entière de l'AI devrait diminuer ses angoisses et éviter une surenchère de ses revendications. Il est fait mention de la

- 9 - crainte d'être emprisonné en cas de retour au Kosovo, et d'y être mal soigné. • un rapport intermédiaire de la Dresse N._____ du 14.06.95, qui signale une discrète amélioration qui la conduit à proposer un bilan REA [réadaptation], sous réserve de l'appréciation psychiatrique. Cette fois, elle estime l'IT comme maçon à 100%. • un rapport du conseiller en profession de l'OCAI [Office cantonal de l'assurance-invalidité], qui ne se prononce que sur dossier, estime que toute REA serait vouée à l'échec et qu'il convient d'octroyer une rente entière. Sur cette base, l'OCAI VD a octroyé une rente entière (communication du 23.10.95) dès le 19.07.94, sans avis du médecin- conseil ni expertise. Après discussion téléphonique avec [...], juriste, les conditions d'une reconsidération semblent de prime abord remplies puisque, notamment, la décision s'est appuyée uniquement sur un avis psychiatrique non destiné à l'AI, dans lequel aucune estimation de la capacité de travail n'est donnée mais où seuls les hypothétiques bénéfiques d'une rente entière sont mentionnés. L'estimation d'une CT entière dans une activité adaptée par la rhumatologue n'a même pas débouché sur un entretien d'un réadaptateur avec l'assuré. La révision d'office de la rente en 1997 n'a apparemment pas été faite. Celle de 1998 s'est

bornée à un rapport de la Dresse X. _____, généraliste, qui reprend apparemment les renseignements contenus dans les rapports AI du dossier qui lui ont été transmis. Lors de la révision actuelle, un nouveau médecin est interrogé par un rapport intermédiaire, indiquant que l'assuré estime son état aggravé mais qu'il a moins de douleurs au repos et qu'il pourrait exercer une activité relativement allégée sans diminution de rendement. En conclusion, il est possible que l'état se soit amélioré mais, de surcroît, les conditions d'une reconsidération de la décision initiale sont de prime abord remplies. Il s'agit donc d'adresser un mandat d'expertise au COMAI [Centre d'Observation Médicale de l'Assurance Invalidité] de [...], début mai prochain." c) L'OAI a dès lors confié une expertise rhumatologique et psychiatrique au COMAI de [...], réalisée le 9 septembre 2004 par la Dresse D. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, et le Dr V. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport consensuel du 28 octobre 2004, ces experts ont notamment exposé ce qui suit: "Examen psychiatrique

- 10 - Le sujet est calme et collaborant. Il répond aux questions, souvent au travers de récits circonstanciés. Il présente un comportement de type algique (mouvements et déplacements sur son fauteuil): il veut incontestablement montrer qu'il souffre. Il est très centré sur ses douleurs et ses limitations. Il est très émotif, et par moments il y a des pleurs. Il existe un syndrome dépressif d'intensité légère à moyenne: il est triste, mais en relation avec les problèmes somatiques (dos, psoriasis, infarctus). Il accepte très bien l'idée que ce qui le tourmente, c'est que son corps le « lâche ». Sa confiance en lui a diminué. Il ne se sent pas à la hauteur de ce qu'il devrait pouvoir faire. Il n'y a pas d'idées suicidaires. Il signale une diminution de sa capacité mnésique, mais l'examen ne met rien en évidence dans ce sens, sinon qu'il est hésitant par rapport à certaines dates de son cursus. Ses capacités d'élaboration et de fonctionnement intellectuel se situent essentiellement à un niveau pragmatique. Il décrit des ruminations par rapport à son état somatique, mais il a pu investir une nouvelle relation affective, qui a débouché sur la mise au monde de deux nouveaux enfants. Néanmoins, il a le sentiment de ne plus être ce qu'il était auparavant. Il n'y a pas à proprement parler d'état anxieux caractérisé, mais plutôt des moments d'anxiété. Il n'y a pas d'éléments délirants, ni de persécution. Vers la fin de l'examen, il pose la question: « Est-ce que vous croyez que je suis fou ? ». La réponse consistant à expliquer qu'il est légèrement déprimé, qu'il ressent son corps comme blessé, que cela peut mettre en cause son rôle d'homme, mais qu'il n'est pas « fou » le rassure, mais ne le satisfait pas entièrement. Dès lors, il est possible d'envisager avec lui ses projets et désirs : il veut se battre et vivre, il veut travailler un peu dans les limitations des problèmes lombaires et de l'infarctus (« j'aimais travailler, il est dur de ne rien faire, je deviens fou, je veux faire quelque chose »); un reclassement devrait tenir compte de ces aspects selon lui, c'est-à-dire des limitations du dos et de son cœur (infarctus). Il ne se prononce pas sur l'utilité d'un éventuel antidépresseur, qu'il a déjà expérimenté, sans réel succès selon lui." [...]

"Discussion Sur le plan somatique, on se trouve face à un assuré au bénéfice d'une rente AI depuis 1994, attribuée en raison de lombalgies, sans qu'une expertise ait été effectuée à cette époque. Entre-temps, l'assuré affirme que les douleurs se sont intensifiées alors que cliniquement on n'observe qu'une scoliose modeste et une petite restriction de mobilité du rachis lombaire sans signe d'atteinte radiculaire. L'assuré a par ailleurs présenté un infarctus du myocarde le 29.12.2003, avec une subocclusion distale de la circonflexe traitée par dilatation et stent, et une subocclusion de 50

- 11 - % de l'IVA [interventriculaire antérieure]. Les suites ont été simples, l'assuré n'a pas de crise d'angor et a pu effectuer normalement une réadaptation cardio-vasculaire à [...] en janvier et février 2004. Il pratique d'ailleurs régulièrement le fitness (musculture et endurance cardio-vasculaire) depuis de nombreux mois sans problème de douleurs musculo-squelettiques. Sur le plan strictement ostéo-articulaire, il n'y a pas de motif d'incapacité de travail au long cours, chez ce patient qui a de plus eu un infarctus en décembre 2003. Les deux situations cliniques se superposent, les lombalgies chroniques sur trouble statique mineur et le status 9 mois après infarctus du myocarde sans angine de poitrine résiduelle. Un diagnostic comme l'autre ne justifie pas en soi une incapacité de travail dans une profession adaptée: pas de port de charge excédant 15 kilos (20 kilos rarement), travail où l'assuré peut alterner la position assise et debout. Sur le plan psychique, il peut être retenu un diagnostic d'état dépressif d'intensité légère à moyenne associé à des moments d'anxiété; l'expressivité émotionnelle est importante. Le trouble dépressif répond aux critères CIM-10 du type autres troubles de l'humeur (F38.8), mais il s'articule avec la problématique de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (ICD 10, F 68.0). Une réadaptation est théoriquement raisonnable, mais elle paraît avoir peu de chances de réussir." [...] "A. Questions cliniques" [...] "4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10) 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ? Aucun. 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ? Status après infarctus du myocarde en décembre 2003. Lombalgies chroniques sur troubles statiques. Status après nucléolyse L5-S1 par corticostéroïde. ICD-10 / F68.0 Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques." [...] "B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés sur le plan physique

- 12 - Cf. discussion. Sur le plan ostéo-articulaire, comme sur le plan cardiovasculaire, il existe une incapacité à reprendre une activité de maçon ou manoeuvre de chantier, par contre il n'y a pas d'incapacité de travail dans une activité physique adaptée. sur le plan psychique et mental Aucune limitation. sur le plan social Aucune limitation. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici Cf. discussion. Il y a selon le dossier une incapacité de travail depuis 1993, une rente avait été attribuée mais il n'avait pas été jugé nécessaire qu'une expertise médicale soit effectuée." [...] "Sur le plan somatique, il n'y a objectivement depuis 1993 pas eu d'aggravation sur le plan ostéo-articulaire, par contre le patient a subi un infarctus à fin 2003, mais dont les suites actuelles ne contredisent pas une reprise d'activité professionnelle. A noter que le patient fait régulièrement du fitness. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Objectivement oui, ce qui ne préjuge pas de sa motivation. C. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?" [...] "Il n'y a pas de contre-indication à une réadaptation, que ce soit sur le plan somatique ou psychique, le seul facteur, non médical, en cause, est le manque de motivation probable." d) Dans un avis du 10 novembre 2004, la Dresse R. _____ du SMR a conclu, sur la base de l'expertise du COMAI, que l'assuré avait toujours eu une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée, à l'exception d'une période de deux ou trois mois dès la date de

- 13 - l'infarctus; elle a relevé que l'avis du Dr T. _____, médecin traitant, n'était pas discordant. En automne 2005, l'assuré a effectué un stage d'observation à l'atelier

menuiserie de la Fondation [...], d'une durée de 3 mois, stage dont l'objectif était de permettre un réentraînement au travail progressif, en vue d'envisager un retour dans l'économie. Dans le rapport y relatif, établi le 18 novembre 2005, il était notamment relevé que le taux de présence de 100 % avait dû être réduit à 50 % après une semaine, conformément à des certificats médicaux établis dans ce sens par le Dr T._____.

Concernant le potentiel d'apprentissage en menuiserie de l'assuré, le moniteur d'atelier de cette fondation ne voyait pas de problème au niveau intellectuel, mais avait une grande incertitude concernant le maintien des 80 % de productivité sur un taux de présence de 50 %, rendement mis en évidence dans le cadre du stage, dans le long terme; il était à cet égard relevé que l'intéressé "n'était pas capable de se ménager et finissait la journée fatigué avec des problèmes pour marcher normalement". Au vu de son épuisement et de son souhait de ne pas renouveler la mesure à ce jour, aucune prolongation n'était envisagée. Pour sa part, l'assuré a déclaré ne pas se sentir apte à reprendre une activité, même à mi-temps. Compte tenu des certificats médicaux établis par le Dr T._____ durant le stage d'observation à la Fondation [...], préconisant un taux de présence de 50 %, l'OAI a réinterpellé ce médecin, lequel a, dans un bref rapport du 27 février 2006, posé comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré les diagnostics de syndrome de fatigue chronique, de lombalgie-sciatique gauche, d'état anxio-dépressif, de troubles de la personnalité, ainsi que de status post-infarctus du myocarde. Le Dr T._____ estimait que l'intéressé, dont l'état de santé s'était aggravé, présentait une incapacité de travail totale depuis le mois de juillet 2005, mais qu'en principe, une capacité de travail minimale devrait être possible dans un milieu adéquat (toute activité tertiaire et/ou d'effort physique moyen).

- 14 - e) Dans un avis du 31 mars 2006, le Dr S._____, généraliste FMH du SMR, a conclu qu'il y avait lieu de procéder à la mise en œuvre d'un examen psychiatrique au sein du SMR, afin d'évaluer si l'assuré ne pouvait vraiment pas travailler dans une activité adaptée en raison d'une aggravation de son état psychique. Cet examen a été réalisé le 7 juin 2006 par la Dresse I._____ du SMR, laquelle a retenu dans son rapport du 22 août 2006, sur le plan psychiatrique, le seul diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), diagnostic réputé sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Dans son appréciation du cas, la Dresse I._____ a notamment relevé ce qui suit: "Originnaire du Kosovo, âgé de 46 ans, l'assuré est en incapacité de travail à 100% depuis juillet 1993 et il bénéficie d'une rente AI entière depuis 1994. Dans le rapport d'évaluation psychiatrique du 02.05.1995, le Dr B._____, médecin associé et le Dr Q._____, médecin assistant au DUPA posent le diagnostic de structure de la personnalité de type paranoïaque et troubles somatoformes douloureux et selon eux, dans ce contexte, « il apparaît peut probable que l'assuré puisse renoncer à une symptomatologie qui laisse ses thérapeutes dans l'impuissance, lui permettant ainsi de restaurer sa propre image autrement défailante. L'évaluation avec le patient d'une rente AI à 100% devrait permettre de diminuer ses angoisses comme d'éviter une surenchère de ses revendications ». La structure de personnalité ne veut pas dire trouble de la personnalité. Par structure de personnalité, on entend une organisation psycho-dynamique particulière faisant référence à la théorie psychanalytique. Les structures de personnalité peuvent en fait parfaitement sous-tendre des fonctionnements adaptés et une pleine santé psychique. D'autre part, les médecins psychiatres, évaluent avec l'assuré la nécessité d'une rente AI à 100% dans un but purement thérapeutique, ce qui n'est pas du ressort de l'AI." [...] "Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de

perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques invalidantes.

- 15 - Le diagnostic d'état anxio-dépressif retenu par le médecin traitant, le Dr T. _____, n'a pas été objectivé à l'examen. Il est possible que l'assuré ait pu développer une humeur dépressive réactionnelle sans incidence sur la capacité de travail et qui, actuellement, est en rémission complète. L'aggravation attestée par le médecin traitant n'a pas été objectivée. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic. Selon la CIM-10, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant est caractérisé par une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliqué entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Notre assuré présente une pathologie somatique, qui peut expliquer les douleurs présentées. Pour cette raison, nous avons retenu le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques qui selon la CIM-10 est caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique mais amplifié ou entretenu par l'état psychique du patient. A l'examen, nous avons constaté une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristique demeurent vagues, l'absence de demande de soins, le fait que les plaintes de l'assuré laissent insensible l'examineur, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial normal, et l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante et de trouble de la personnalité morbide. Par conséquent, sur le plan psychiatrique, l'assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité." f) Le 20 septembre 2007, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision, dans le sens de la suppression de la rente d'invalidité qui lui était allouée avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il a exposé que la décision initiale d'octroi de la rente du 15 janvier 1996 (cf. lettre A.g supra) était manifestement erronée, dans la mesure où il n'avait pas été procédé à l'époque au calcul du préjudice économique; compte tenu d'une capacité de travail réputée pleine et entière dans l'exercice d'une activité adaptée, la comparaison des revenus sans invalidité et d'invalidité faisait apparaître un degré d'invalidité de 19 %, lequel, inférieur à 40 %, n'ouvrait plus le droit à la rente.

- 16 - Après avoir rendu, le 22 avril 2008, une décision confirmant ce projet de décision, l'OAI l'a annulée et a repris l'instruction de la cause, en raison du fait que la Dresse I. _____, qui avait établi le rapport d'examen clinique psychiatrique SMR du 22 août 2006, n'était pas à l'époque au bénéfice des autorisations nécessaires. Or, il ressortait de la jurisprudence que la valeur probante d'un rapport établi par un médecin dépourvu du titre FMH de la spécialité considérée, ainsi que de l'autorisation de pratiquer, s'en trouvait affaiblie, de sorte que l'administration ne pouvait en tirer des conclusions absolues sur l'état de santé de l'assuré (cf. TF I 65/07 du 31 août 2007). g) L'OAI a dès lors procédé à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, réalisée le 7 juillet 2008 par la Dresse J. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 10 juillet 2008, cette spécialiste a retenu le seul diagnostic psychiatrique de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), affection présente depuis au moins 2004. Dans son appréciation du cas, la Dresse J. _____ a notamment exposé ce

qui suit: "Dans l'anamnèse de l'expertisé, on ne relève pas de traumatisme, de carences affectives précoces, d'éloignement de la famille ou de maltraitance physique, psychologique, voire sexuelle. Peu après son divorce en 1994, M. P._____ rencontre une jeune femme, d'origine bosniaque, de 14 ans sa cadette. En 1995, le couple se marie et a deux fils, nés en 1998 et 2002. Le 28.12.2003, Monsieur est victime d'un infarctus du myocarde nécessitant la mise en place d'un stent; l'évolution est décrite comme favorable. Sur le plan psychopathologique, M. P._____ n'a pas présenté d'antécédent particulier nécessitant une prise en charge ambulatoire ou une hospitalisation en milieu psychiatrique. Seul un traitement de benzodiazépine (Lexotanil 1.5 mg/jour) est prescrit par le médecin traitant en raison d'un état anxio-dépressif. Lors de l'expertise, M. P._____ est bien orienté, vigile, répond rapidement aux questions posées. Il ne présente aucun ralentissement psychomoteur, de trouble de la concentration ou de la mémoire. Sa thymie est neutre et Monsieur ne présente aucun trouble anxieux ou anxiété généralisée. De même, il ne souffre pas de phobie, de symptôme compatible avec un état de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire ou une psychose.

- 17 - Je ne relève aucun trouble de la personnalité susceptible d'induire un fonctionnement pathologique. Les traits paranoïaques de personnalité décrits par le Dr Q._____ en mai 1995 ne sont pas objectivés durant la présente expertise. L'expertisé peut fonctionner au quotidien, s'occuper de ses deux fils âgés de 6 et 10 ans, accompagner son épouse et faire des courses, maintenir des contacts réguliers avec sa belle-famille et ses amis; il se rend annuellement au Kosovo pour voir sa famille. M. P._____ fréquente régulièrement le Cercle [...] pour discuter avec des compatriotes et jouer aux échecs. Les importantes douleurs alléguées par M. P._____ ne sont pas objectivables durant l'expertise. Il est calme, ne manifeste pas de douleur, même s'il les relate. Monsieur reste assis pendant deux heures, sans manifester d'inconfort. De même, la fatigue évoquée par l'expertisé n'est pas objectivable. Monsieur est tonique durant l'examen et ne présente aucun ralentissement psychomoteur. Au vu de ce qui précède et de l'absence d'une détresse émotionnelle, on ne peut retenir un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant mais celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Aucun diagnostic interférant sur la capacité de travail n'est retenu sur le plan psychiatrique ; M. P._____ ne présente pas de limitation. Sur le plan psychique, sa capacité de travail est entière, quelle que soit l'activité." h) Par décision du 11 décembre 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 20 septembre 2007, dans le sens de la suppression de la rente allouée à l'assuré (cf. lettre B.f supra). Il a exposé que, à l'occasion de la révision d'office du droit à la rente, il s'était aperçu que la décision initiale d'octroi de la rente était manifestement erronée. A l'époque en effet, il n'avait été pas procédé au calcul du préjudice économique, conformément à l'art. 16 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1). Afin d'évaluer la capacité de travail exigible dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré, l'office avait complété l'instruction du cas, notamment par la mise en œuvre d'expertises médicales; l'intéressé avait également effectué un stage de trois mois auprès de la Fondation [...]. Il ressortait de l'instruction du dossier que si la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son ancienne activité de maçon, elle était réputée de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles liées aux problèmes lombaires et au status après infarctus

- 18 - du myocarde. Sur le plan psychiatrique, il résultait de l'expertise réalisée le 7 juillet 2008 par la Dresse J._____ que l'assuré ne présentait aucune atteinte ayant des

répercussions sur sa capacité de travail. Dès lors, comparant le revenu que l'intéressé aurait pu obtenir en 2006 (année où il était médicalement apte à reprendre une activité lucrative), sur la base des données statistiques telles que résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) concernant les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (53'016 fr. 80, compte tenu d'un abattement de 10 % justifié par les limitations fonctionnelles), au revenu que, en l'absence d'atteinte à la santé, il aurait pu obtenir en 2006 en tant que maçon (65'533 fr.), l'OAI aboutissait à un degré d'invalidité de 19.09 %, lequel, inférieur à 40 %, n'ouvrait pas le droit à une rente. Par ailleurs, des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables, dès lors que l'assuré avait déclaré ne pas se sentir capable de reprendre une activité professionnelle, et ceci même à mi-temps. La rente entière allouée serait en conséquence supprimée, avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Dans une lettre d'accompagnement, également datée du 11 décembre 2008, l'OAI a précisé que la décision initiale d'octroi de la rente entière reposait sur une instruction médicale manifestement incomplète, qui avait débouché sur une appréciation erronée de la capacité de travail exigible de l'assuré, et que cette décision devait dès lors être considérée comme manifestement erronée. Il a par ailleurs relevé que l'expertise psychiatrique réalisée le 7 juillet 2008 par la Dresse J. _____, dont les conclusions rejoignaient au demeurant celles du volet psychiatrique de l'expertise réalisée au COMAI en 2004, avait pleine valeur probante. C. a) P. _____ a formé recours contre cette décision par acte du 30 janvier 2009. Il a contesté, en premier lieu, le caractère manifestement erroné de la décision initiale de rente, alléguant que plusieurs intervenants avaient relevé et relevaient alors encore qu'il n'était pas capable de travailler, quelle que soit l'activité envisagée; ainsi du Dr T. _____, qui avait retenu dans plusieurs rapports que son état de santé

- 19 - s'aggravait, respectivement que son incapacité de travail était totale dans toute activité, ou encore de la Fondation [...], qui avait en substance indiqué dans son rapport du 18 novembre 2005 qu'un taux d'activité de 50 % dans une activité simple et répétitive semblait déjà aller au-delà de ses limites physiques. Par ailleurs, le recourant, se référant à l'ATF 110 Ib 364, soutenait qu'une décision favorisant un administré, fondée sur un état de fait inexact, pouvait en principe être révoquée lorsque l'administré était responsable de l'erreur ou la connaissait, mais non si l'administration avait d'emblée connaissance de l'inexactitude des faits ou avait violé son devoir d'instruction d'office; or, en l'espèce, l'office avait renoncé en toute connaissance de cause à procéder à une comparaison des revenus, et décidé de lui octroyer, sans autre mesure d'instruction, un rente entière, ainsi qu'il résultait expressément du courrier du 2 octobre 1995 (cf. let. A.f supra). Dès lors, même à admettre que la décision initiale de rente était manifestement erronée – ce qui était derechef formellement contesté –, les manquements en cause, exclusivement imputables à l'administration, ne pouvaient conduire à une révocation de cette décision, ce d'autant plus que l'office avait attendu l'année 2005 pour ouvrir une procédure de reconsidération, et qu'au cours de ces 15 années d'inactivité, le recourant avait non seulement vu son état de santé se détériorer, mais s'était également conforté de manière compréhensible dans un statut d'invalidé reconnu par l'OAI, de sorte qu'il serait illusoire d'exiger de lui qu'il reprenne quelque activité que ce soit. Le recourant estimait ainsi que, indépendamment du fond de la décision entreprise, celle-ci devrait être annulée et son droit à une rente entière confirmé. A titre subsidiaire, le recourant faisait valoir que, pour évaluer sa capacité de travail sur le plan psychique, l'OAI s'était fondé exclusivement sur le rapport d'expertise établi par la Dresse J. _____ le 10 juillet 2008. Or, selon lui, de nombreux éléments au

dossier contredisaient les conclusions formulées par cette spécialiste: ainsi, la Dresse J._____ retenait comme seul diagnostic celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, alors que les Drs B._____ et Q._____, psychiatres du DUPA, avaient relevé dans leur rapport du 2 mai 1995 qu'il présentait une structure de la personnalité de

- 20 - type paranoïaque; de même, le Dr T._____ avait diagnostiqué, dans un rapport du 27 février 2006, un état anxio-dépressif, ainsi qu'un trouble de la personnalité. Compte tenu de ces contradictions, l'OAI ne pouvait se fonder, sans indication d'un quelconque motif à l'appui, sur le seul rapport de la Dresse J._____ pour évaluer sa capacité de travail sur le plan psychiatrique; il devait au contraire tenir compte de l'avis des médecins du DUPA, ainsi que de celui du Dr T._____ qui, dans plusieurs rapports médicaux, notait qu'il était incapable de travailler quelle que soit l'activité envisagée, et que son état de santé s'aggravait. En outre, la Dresse J._____ n'avait pas, selon le recourant, suffisamment tenu compte de ses plaintes et de ses douleurs, écartant, pratiquement sans motifs à l'appui, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux, alors même qu'il semblait à première vue présenter tous les symptômes d'un tel trouble. Cela étant, le recourant requérait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, afin d'établir qu'il ne disposait plus d'aucune capacité résiduelle de travail, que ce soit en raison de troubles psychiques ou physiques. Compte tenu de l'argumentation résumée ci-dessus, le recourant – qui procède au bénéfice de l'assistance judiciaire – a principalement conclu à l'annulation de la décision attaquée, les conditions relatives à la reconsidération de la décision du 23 octobre 1995 (recte: 15 janvier 1996) n'étant pas réunies, et subsidiairement à la réforme de cette décision, en ce sens qu'il était mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. b) Dans sa réponse du 5 mai 2009, l'OAI a rappelé les principes applicables à la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA et maintenu qu'en l'espèce, lors de sa prise de position initiale, les pièces médicales au dossier étaient insuffisantes pour fonder l'octroi d'une rente entière. Il aurait ainsi dû investiguer davantage le volet psychiatrique du dossier de l'assuré et le convoquer auprès de son Service de réadaptation afin de déterminer les activités adaptées à son état de santé, ce qu'il avait omis de faire. L'instruction médicale, indispensable pour déterminer la capacité de travail d'un assuré, étant manifestement lacunaire dans le cas

- 21 - d'espèce, la décision initiale d'octroi de rente était manifestement erronée. En outre, la deuxième condition posée par l'art. 53 al. 2 LPGA était également remplie, dès lors que le réexamen du dossier faisait apparaître un degré d'invalidité résiduel de 19 %, qui n'ouvrait le droit à aucune rente. L'office proposait dès lors le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. c) Dans sa réplique du 2 juillet 2009, le recourant a produit un rapport établi le 15 avril 2009 par le Dr W._____ et Mme F._____, respectivement chef de clinique adjoint et psychologue assistante auprès du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), dont il résulte en particulier ce qui suit: "Diagnosics (DSM-IV): > Episode dépressif sévère avec caractéristiques psychotiques. > Trouble panique sans agoraphobie. > Trouble douloureux chronique. > Etat de stress post-traumatique en rémission partielle. DD [diagnostic différentiel]: Personnalité paranoïaque. Discussion: Nous avons retenu le diagnostic de trouble douloureux chronique en raison de plaintes intenses et persistantes au niveau lombaire, ceci depuis fin 1993 et survenu dans un contexte de conflit avec sa première épouse, restée au Kosovo et qui sollicitait son aide financière de manière pressante. En lien avec le contexte actuel de la révision de son droit à une rente AI, nous retenons un état de stress post-traumatique en rémission partielle en lien avec la

reviviscence actuelle d'un sentiment d'insécurité qu'il met en lien avec son vécu lors de différents séjours au Kosovo durant la guerre et le souvenir du père de son beau-frère tué sous ses yeux par une grenade. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère repose sur la présence depuis plusieurs mois d'une humeur déprimée qui s'est nettement péjorée depuis la récente décision de l'OAI en décembre dernier. On relève également une anhédonie marquée, une perte d'élan vital, une diminution de l'estime de soi, un retrait social et la présence d'un sentiment de culpabilité important vis-à-vis de sa famille. Nous n'avons pas retenu le diagnostic de personnalité paranoïaque étant donné que la méfiance et les préoccupations de M. P. _____ ne sont pas totalement injustifiées dans sa situation actuelle et semblent secondaires au trouble douloureux et au conflit avec l'AI."

- 22 - Estimant que ce nouveau rapport était de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise de la Dresse J. _____, le recourant sollicitait derechef la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, et requérait une décision séparée sur ce point. d) Dans sa duplique du 13 août 2009, l'OAI a maintenu sa position, en rappelant que celle-ci était fondée sur une expertise pluridisciplinaire de 2004, un examen psychiatrique en 2006 et une expertise psychiatrique de la Dresse J. _____ du 10 juillet 2008, tous ces examens ayant exclu l'existence d'une pathologie psychiatrique invalidante. Concernant le rapport produit par le recourant en cours d'instance, que l'OAI avait soumis au SMR pour appréciation, il y était fait état de diagnostics qui, hormis celui de trouble douloureux chronique connu de longue date mais dont les répercussions sur la capacité de travail avaient été niées par les examens et expertises précédemment cités, étaient postérieurs à la décision attaquée, et ne pouvaient en conséquence être pris en considération dans le cadre de la présente procédure. Renvoyant pour le surplus à sa précédente écriture, l'OAI confirmait intégralement ses conclusions. Dans l'avis du SMR auquel se réfère l'OAI dans sa duplique, avis rendu le 11 août 2009 par la Dresse M. _____, ce médecin exposait ce qui suit: "Dans le cadre de la procédure de recours, un consilium psychiatrique est produit, date du 15.04.2009, adressé au Dr T. _____. Ce consilium fait par le département de psychiatrie du CHUV décrit une importante dégradation de l'état psychique de cet assuré, en lien direct avec la procédure en cours, qui comporte la suppression de sa rente entière (pour l'instant effective, en attendant le verdict du recours) et le menace de devoir rembourser une grosse somme d'argent sous forme de rente du 2ème pilier. Les psychiatres qui ont examiné l'assuré retiennent les diagnostics suivants: • Episode dépressif sévère avec caractéristiques psychotiques • Trouble panique sans agoraphobie • Trouble douloureux chronique • Etat de stress post-traumatique en rémission partielle.

- 23 - Le trouble douloureux est présent de longue date, mais il n'a pas été reconnu comme ayant valeur invalidante en l'absence de psychopathologie importante. Les autres diagnostics sont nouveaux. Ces affections n'ont été mentionnées par aucun des psychiatres qui ont examiné l'assuré auparavant. Concernant le diagnostic d'état de stress post-traumatique: Ce diagnostic est surprenant, n'ayant jamais été mentionné auparavant. Il semble que la suppression de rente soit interprétée par les psychiatres du CHUV comme un stress, ce qui est pour le moins discutable. L'autre événement, à savoir le décès de son beau-frère sous ses yeux, n'a pas été mentionné par l'assuré lors des examens psychiatriques précédents. Conclusion: Les diagnostics retenus dans ce consilium sont nouveaux, les affections dont ils témoignent sont survenues après la décision de décembre 2008, actuellement querellée." e) Le 20 août 2009, le juge instructeur a informé les parties que la requête d'expertise judiciaire pluridisciplinaire présentée par le recourant était rejetée en

l'état, l'avis des autres membres de la cour qui serait appelée à statuer étant réservé. Le 24 février 2010, le juge instructeur a indiqué au recourant, sur requête de ce dernier, qu'au vu de l'état du rôle, un jugement devrait pouvoir lui être communiqué dans les trois mois. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a al. 1 LAI) – sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de

- 24 - l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté auprès du tribunal compétent, a été déposé en temps utile; il répond en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), la valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 fr. s'agissant de la suppression d'une rente entière d'invalidité. 2. a) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383, consid. 3 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe suffire à justifier une reconsidération (ATF 117 V 8, consid. 2c; ATF 115 V 108, consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les

- 25 - organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits; ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C_659/2009 du 12 février 2010, consid. 2.2 et les références). b) En principe, l'adaptation des prestations d'assurances sociales a lieu avec effet rétroactif (ex tunc). L'assurance-invalidité connaît une réglementation différente lorsque la modification de la prestation a lieu en raison de questions spécifiques au droit de l'assurance-invalidité (ATF 119 V 431, consid. 2 et les références). Dans ces cas, la modification de la prestation d'assurance intervient en principe

avec effet ex nunc et pro futuro (cf. art. 85 al. 2 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]), sauf en cas de violation de l'obligation de renseigner (art. 77 RAI); dans ce dernier cas, la modification de la prestation d'assurance a lieu avec effet rétroactif (art. 85 al. 2 et 88bis al. 2 let. b RAI). Dans les autres cas, tant dans le cadre d'une reconsidération que dans celui d'une révision, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, conformément à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI (TF I 528/06 du 3 août 2007, consid. 7.2). c) Selon l'art. 28 LAI, dans sa teneur en vigueur au moment où la décision du 15 janvier 1996 octroyant au recourant une rente entière d'invalidité a été rendue, un degré d'invalidité de 66 2/3 % au moins (actuellement 70 % au moins; cf. art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008) donne droit à une rente entière d'invalidité (al. 1); pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution

- 26 - éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (al. 2). Le principe posé à l'al. 2 de cette disposition, soit la méthode ordinaire de comparaison des revenus, est désormais ancré, sous une formulation légèrement différente mais sans changement sur le fond (cf. TF I 383/06 du 5 avril 2007, consid. 4.2), à l'art. 16 LPGA, qui dispose que 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. A l'époque de la décision du 15 janvier 1996 comme aujourd'hui, pour évaluer le taux d'invalidité, il faut dès lors commencer par arrêter le gain que l'assuré est encore en mesure de réaliser malgré ses atteintes à la santé (sur un marché du travail équilibré, après d'éventuelles mesures de réadaptation), ou serait en mesure de réaliser, en y mettant la bonne volonté que l'on est en droit d'attendre de lui (Jean- Louis Duc, L'assurance-invalidité, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2e éd., n. 215 p. 1477). L'invalidité étant une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain, le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (TF I 7/06 du 12 janvier 2007, consid. 4.1 et les références). La détermination du taux d'invalidité ne saurait ainsi reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré; cela reviendrait en effet à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé, ce qui n'est pas admissible (ATF 114 V 281, consid. 1c et les références; TF 9C_225/2007 du 11 mars 2008, consid. 2 in fine).

- 27 - d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité d'un assuré, singulièrement sa capacité de travail résiduelle, l'administration – en cas de recours, le tribunal – doit se baser sur des documents médicaux, le cas échéant des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler; en outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont encore raisonnablement exigibles de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4 et les références; TF 9C_791/2008 du 27 mai 2009, consid. 3.1). Selon une jurisprudence

constante (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa et bb et les références; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009, consid. 3.1.1), en l'absence d'un revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé, soit lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, respectivement aucune activité adaptée normalement exigible, le revenu d'invalidé – second terme de la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA (et auparavant par l'art. 28 al. 2 LAI) pour déterminer le taux d'invalidité des assurés actifs – peut être évalué sur la base des salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), singulièrement sur les salaires mensuels bruts (Tableaux A), en partant de la valeur centrale (médiane). e) En l'espèce, il ressort du dossier que, pour octroyer au recourant une rente entière d'invalidité par décision du 15 janvier 1996 (cf. lettre A.g supra), l'office intimé s'est fondé sur les pièces suivantes: – un rapport adressé le 12 janvier 1995 à l'OAI par la Dresse N. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, dans lequel ce médecin estimait, sur le plan ostéoarticulaire, la capacité de travail de l'assuré à 50 % dans son activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée, et suggérait un avis psychiatrique (cf. lettre A.b supra);

- 28 - – un rapport établi le 23 janvier 1995 par le Dr H. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel indiquait que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle, mais qu'il pourrait bénéficier d'un reclassement professionnel dans une activité moins astreignante (cf. lettre A.c supra); – une lettre de sortie du 6 janvier 1995 ensuite d'un séjour à l'Etablissement thermal de [...], dans laquelle les Drs K. _____, médecin- chef, et L. _____, médecin-assistant, relevaient la discordance entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives, et estimaient qu'il n'était pas possible de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré sans avoir un avis psychiatrique complet (cf. lettre A.c supra); – un rapport de consilium psychiatrique adressé le 2 mai 1995 à la Dresse N. _____ par les Drs B. _____ et Q. _____, respectivement médecin associé et médecin assistant du Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA), dans lequel ces médecins ont indiqué que l'assuré "présent[ait] une structure de la personnalité de type paranoïaque", que "ce type de patient [allait] alors rester dans une demande rigide de réparation totale de leur statut précédent" et que cette situation "correspond[ait] à celle de Monsieur P. _____ qui par la persistance de ses troubles somatoformes douloureux revendiqu[ait] réparation du préjudice de ses douleurs lombaires". Estimant dans ce contexte "peu probable que M. P. _____ puisse renoncer à une symptomatologie qui laiss[ait] ses thérapeutes dans l'impuissance lui permettant ainsi de restaurer sa propre image autrement défailante", ces médecins, sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, concluaient que "[l]évaluation, avec le patient, d'une rente AI à 100 % devrait permettre de diminuer ses angoisses comme d'éviter une surenchère de ses revendications" (cf. lettre A.d supra); – un rapport adressé à l'OAI le 14 juin 1995 par la Dresse N. _____, dans lequel cette spécialiste estimait à 100 % l'incapacité de

- 29 - travail de l'assuré dans son activité habituelle de maçon (cf. lettre A.e supra); – un rapport de la Division Réadaptation professionnelle de l'OAI du 2 octobre 1995, dont l'auteur, se référant au rapport de consilium psychiatrique du 2 mai 1995, déclarait partager l'avis des psychiatres consultés quant à l'attribution d'une rente AI entière (cf. lettre A.f supra). Il appert ainsi que la décision initiale d'octroi d'une rente entière d'invalidité se fondait en définitive uniquement sur un rapport de consilium psychiatrique non destiné à l'OAI, dans lequel les médecins consultés ne se sont aucunement prononcés sur la capacité de travail de l'assuré, pas davantage que sur les limitations fonctionnelles induites par ses

atteintes, mais, estimant que celui-ci présentait une structure de la personnalité de type paranoïaque qui le conduisait, par la persistance de ses troubles somatoformes douloureux, à revendiquer réparation du préjudice de ses douleurs lombaires, ont relevé que l'octroi d'une rente entière devrait permettre de diminuer ses angoisses comme d'éviter une surenchère de ses revendications. Ainsi, pour statuer sur le droit à une rente d'invalidité, l'office n'a pas procédé, comme il aurait dû le faire (cf. consid. 2c supra), à la comparaison du revenu sans invalidité avec le revenu que l'assuré aurait pu obtenir en exerçant une activité adaptée qui était raisonnablement exigible sur le plan ostéoarticulaire (cf. les rapports du 12 janvier 1995 de la Dresse N. _____, du 23 janvier 1995 du Dr H. _____ et du 6 janvier 1995 des Drs K. _____ et L. _____), mais s'est uniquement fondé sur les hypothétiques bénéfiques, sur le plan thérapeutique, de l'octroi d'une rente entière. g) Dans ces conditions, la décision du 16 janvier 1996 apparaît manifestement erronée, en tant qu'elle ne tient aucun compte des principes fondamentaux sur la détermination de l'invalidité ouvrant le droit à une rente, tels qu'ils existaient au moment où cette décision a été rendue, et qu'elle repose sur une instruction médicale manifestement insuffisante, qui ne permettait aucunement d'établir la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

- 30 - Contrairement à ce que soutient le recourant, les conditions d'une reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA (cf. consid. 2a supra) sont bien remplies en l'espèce, dans la mesure où, comme on le verra ci-après (cf. consid. 3 infra), il résulte d'une instruction complète du cas sur le plan médical que le recourant présentait, au moment de la décision de reconsidération – puisque la suppression de la rente n'entre en ligne de compte en l'espèce qu'avec effet ex nunc (cf. consid. 2b supra) – un degré d'invalidité inférieur au seuil ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Peu importe à cet égard que, comme le fait valoir le recourant, le caractère manifestement erroné de la décision initiale résulte exclusivement de manquements de l'administration; l'arrêt auquel se réfère le recourant (ATF 110 lb 364) concerne une toute autre situation (soit la question de savoir s'il est possible de prononcer un retrait du permis de conduire pour des infractions à la législation routière survenues avant l'obtention dudit permis), et n'est pas pertinent dans le contexte de la reconsidération d'une décision d'octroi de rente d'invalidité qui se révèle manifestement erronée. 3. a) 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 porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre (TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF

- 31 - 125 V 351, consid. 3a et la référence; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1). Cela étant, selon la jurisprudence, 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. Il convient dès lors, en principe, d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 précité, consid. 3b/cc et les références; cf. également TF 9C_843/2007 du 28 juillet 2008, consid. 3). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge, respectivement procéder à de nouvelles investigations, du seul fait qu'un ou plusieurs médecins consultés par l'assuré ont une opinion divergente (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in: SVR 2008 IV, no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise, et qui sont suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3). b) Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision en cause a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362, consid. 1b et les références; cf. également TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (TF 9C_449/2007 du 28 juillet 2008, consid. 2.2 et la référence). c) En l'espèce, il résulte des avis médicaux au dossier, et il n'est au demeurant pas contesté par le recourant, que, sur le plan

- 32 - strictement somatique (plus particulièrement ostéoarticulaire et cardiovasculaire), celui-ci présente une incapacité de travail totale dans son ancienne activité de maçon ou de manoeuvre de chantier, mais conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, étant réputée adaptée toute activité ne nécessitant pas de port de charge excédant 15 kilos, ou 20 kilos rarement, et permettant l'alternance des positions assise et debout (cf. le rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique du 28 octobre 2004; lettre B.c supra). Le recourant soutient toutefois qu'il présenterait une incapacité de travail totale, dans quelque activité que ce soit, pour des raisons psychiatriques. d) Afin d'apprécier l'exigibilité sur le plan psychique, l'OAI a mandaté la Dresse J._____ pour procéder à une expertise psychiatrique indépendante (cf. lettre B.g supra), dès lors que la valeur probante du rapport d'examen clinique psychiatrique SMR établi le 22 août 2006 par la Dresse I._____ (cf. lettre B.e supra) était affaiblie par le fait que celle-ci n'était pas, à l'époque, au bénéfice des autorisations nécessaires (cf. lettre B.f supra); l'autorisation de pratiquer à titre dépendant ne lui a en effet été délivrée que le 24 novembre 2006, et le titre de spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lui permettant de pratiquer à titre indépendant, qu'en 2009. Dans son rapport d'expertise du 10 juillet 2008, qui procède d'un examen minutieux du dossier médical de l'assuré (p. 3-11), contient une anamnèse complète (p. 12-17), prend en considération les plaintes et données subjectives – longuement décrites – de l'assuré (p. 17-19) et expose le status clinique (p. 19-20), l'experte J._____ est arrivée à la conclusion, au terme d'une description claire du contexte médical et de la situation médicale, que le seul diagnostic présent sur le plan psychiatrique était celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), existant depuis au moins 2004, et que le recourant présentait sur le plan psychique une capacité de travail pleine et entière dans toute activité. Force est de

constater que ce rapport

- 33 - d'expertise, qui est complet, convaincant et remplit tous les critères formels posés par la jurisprudence, doit se voir reconnaître pleine valeur probante, d'autant que les conclusions de la Dresse J. _____ vont dans le même sens que les précédentes expertises psychiatriques figurant au dossier. Ainsi, dans leur rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique du 28 octobre 2004, la Dresse D. _____ et le Dr V. _____, du COMAI de [...], ont retenu sur le plan psychiatrique uniquement un diagnostic d'état dépressif d'intensité légère à moyenne associé à des moments d'anxiété, en précisant que ce trouble dépressif s'articulait avec la problématique de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), et qu'il n'entraînait aucune limitation de la capacité de travail (cf. lettre B.c supra). Dans son rapport d'examen clinique psychiatrique SMR du 22 août 2006, la Dresse I. _____ a également retenu pour seul diagnostic psychiatrique celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et conclu que, sur le plan psychiatrique, l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans toute activité (cf. lettre B.e supra). e) Les rapports médicaux extrêmement succincts du Dr T. _____, médecin traitant, lequel a fait état en 2006 déjà de diagnostics psychiatriques vagues (état anxio-dépressif, troubles de la personnalité; cf. lettre B.d supra), ne sont pas de nature à remettre en cause les constatations de l'experte J. _____, laquelle, à l'instar d'ailleurs de la Dresse I. _____, n'a objectivé aucun état anxio-dépressif ni aucun trouble de la personnalité susceptible d'induire un fonctionnement pathologique (cf. lettre B.g supra). Cela est d'autant plus vrai que le Dr T. _____ n'est pas spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, d'une part, et que ses constatations ne doivent être admises qu'avec réserve, compte tenu de sa position de médecin traitant (cf. consid. 3a supra), d'autre part; on relèvera en outre que ce médecin traitant ne fait état d'aucun élément objectif dont la Dresse J. _____ n'aurait pas tenu compte.

- 34 - Quant au rapport établi le 18 novembre 2005 par la Fondation [...] suite au stage d'observation effectué par le recourant, également invoqué par ce dernier dans son acte de recours, le maître d'atelier de cette fondation y a fait état de ses doutes quant au maintien d'un rendement de 80 %, dans le cadre d'une activité exercée à 50 %, sur le long terme; cet avis, qui semble essentiellement tenir au fait que le recourant "n'était pas capable de se ménager et finissait la journée fatigué avec des problèmes pour marcher normalement", ne saurait remettre en cause, sur le plan psychique, l'appréciation de la capacité de travail de l'intéressé telle que résultant du rapport établi par la Dresse J. _____. Il convient de rappeler à cet égard que, selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4 et la référence) – ce qui semble précisément avoir été le cas en l'occurrence. f) S'agissant enfin du rapport établi le 15 avril 2009 par le Dr W. _____ et Mme F. _____, respectivement chef de clinique adjoint et psychologue assistante au CHUV, produit par le recourant à l'appui de sa réplique du 2 juillet 2009 (cf. lettre C.c supra), le seul diagnostic dont ce rapport fasse état qui soit antérieur à la décision attaquée du 11 décembre 2008 est celui de trouble douloureux chronique, existant depuis 1993. Or, cet élément a dûment été pris en compte par les différents psychiatres appelés à se prononcer sur la capacité de travail du recourant, la Dresse J. _____ ayant exposé de façon convaincante les motifs pour

lesquels, notamment en raison de l'absence de détresse émotionnelle significative, elle retenait le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques plutôt que celui de syndrome douloureux somatoforme persistant – comme l'avaient au demeurant fait avant elle tant les experts du COMAI que la Dresse I. _____ du SMR, ces différents médecins ayant conclu de façon

- 35 - concordante et probante que l'atteinte en cause n'entraînait aucune diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques. Les autres diagnostics évoqués dans le rapport du 15 avril 2009 (épisode dépressif sévère avec caractéristiques psychotiques; trouble panique sans agoraphobie; état de stress post-traumatique en rémission partielle) concernent des affections qui n'ont été mentionnées par aucun des psychiatres ayant examiné l'assuré auparavant. Par ailleurs, et c'est cela qui est déterminant, il résulte clairement de ce rapport que ces affections seraient survenues postérieurement à la décision attaquée du 11 décembre 2008, en lien direct avec celle-ci (cf. lettres C.c et C.d supra). Il s'agit ainsi de faits nouveaux, qui ne peuvent être pris en considération dans le cadre de l'examen de la légalité de la décision attaquée (cf. consid. 3b supra). g) Dès lors que l'instruction du dossier apparaît complète sur le plan médical, permettant à la cour de céans de statuer en l'état du dossier, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire, telle que requise par le recourant. h) Compte tenu de ce qui précède, l'OAI était fondé à retenir, sur la base de l'état de fait existant au moment où il a rendu la décision querellée, que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sur le plan somatique. Dans ces conditions, et dans la mesure où la comparaison des revenus sans invalidité et d'invalidité – qui ne fait pas l'objet de contestations de la part du recourant, et qui ne prête au demeurant pas le flanc à la critique – fait apparaître un degré d'invalidité de 19 % (cf. lettre B.h supra), largement insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI), la décision attaquée, qui prononce la suppression de la rente avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant sa notification, conformément à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI (cf. consid. 2b supra), ne peut qu'être confirmée.

- 36 - 4. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. 5. a) En dérogation au principe de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). b) Il n'y a pas lieu d'allouer d'indemnité à titre de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 11 décembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de P. _____. IV. Il n'est pas alloué d'indemnité à titre de dépens. Le président : Le greffier :

- 37 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Philippe Chaulmontet, à 1002 Lausanne (pour P. _____); - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à 1800 Vevey; - Office fédéral des assurances

sociales, à 3003 Berne; par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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