

VD_GERICHTE ZD14.025382 vom 18. Mai 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-05-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.025382

FR: VD_GERICHTE ZD14.025382 du 18 mai 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.025382 del 18 maggio 2015

Erwägungen

E. 1

et 3 dispositions finales LAI ; Circulaire CDF 402

- 2 - E n f a i t : A. E. _____ (ci-après : l'intimé ou le recourant), né en 1967, originaire de Macédoine, a travaillé comme étancheur jusqu'en avril 1998. Il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 27 juillet 1998, renvoyant à son médecin traitant, le Dr K. _____, concernant le genre d'atteinte dont il souffrait. Ce médecin a posé, dans un rapport à l'intention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) du 26 août 1998, les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme, état après distorsion cervicale (accident de travail le 2 décembre 1996), état après traumatisme d'accélération cervicale (accident de voiture le 24 décembre 1996), insertionite sacro-pelvienne, contractures, myalgies lombaires et syndrome fémoro-rotulien douloureux droit. Dans un rapport du 7 septembre 2000, le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) et médecin traitant du recourant, a posé sur le plan psychiatrique le diagnostic de troubles somatoformes indifférenciés. L'incapacité de travail était de 100 % et une mesure de réinsertion professionnelle pourrait être envisagée dans quelques mois ou années. Il ressort d'un rapport intermédiaire de l'OAI du 22 septembre 2000 que l'assuré avait commencé un stage d'observation le 14 août 2000, interrompu le 22 suivant, sur la base d'un certificat médical du Dr N. _____. Le 12 février 2001, l'OAI a rendu une décision de rente basée sur un degré d'invalidité de 100 %, avec effet dès le 1er décembre 1997. B. L'OAI a ouvert une procédure de révision d'office à la fin de l'année 2001. Il a à cette occasion réinterrogé les médecins traitants de l'assuré. Dans un rapport du 25 février 2002, le Dr N. _____ a déclaré qu'il n'y avait pas d'amélioration de l'état psychique du patient, mais que

- 3 - ce dernier ne consultait en revanche plus de spécialistes somatiens. Dans un rapport du 15 mars 2002, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale, a également attesté une incapacité entière de travail, et retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail : troubles somatiques indifférenciés, état après distorsion cervicale et état après traumatisme d'accélération cervicale. Par communication du 31 mai 2002, l'OAI a informé l'assuré du maintien de sa rente. C. L'OAI a ouvert une nouvelle procédure de révision à la fin de l'année 2006. Le Dr D. _____ a confirmé une incapacité totale de travail dans un rapport du 29 décembre 2006, en raison des mêmes diagnostics que les années précédentes. Il n'y avait aucune possibilité de réinsertion professionnelle, les tentatives précédentes ayant toutes provoqué une décompensation psychiatrique sévère. Son patient n'était plus suivi par un psychiatre. Par communication du 23 janvier 2007, l'OAI a informé l'assuré du maintien de sa rente, le degré d'invalidité n'ayant pas changé au point d'influencer le droit à la rente. D. Ouvrant à nouveau une procédure de révision, l'OAI a

envoyé un questionnaire à l'assuré le 16 mars 2012 qu'il a rempli le 18 avril 2012, indiquant qu'il était sans activité lucrative, son état de santé étant toujours le même. Il était actuellement suivi par le Dr D._____. Ce dernier a également rempli un questionnaire, le 6 juillet 2012, mentionnant les troubles somatoformes indifférenciés comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail et l'état après traumatisme d'accélération cervicale comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail. L'état du patient était stationnaire, les douleurs migrantes et l'anxiété généralisée. Il avait des cauchemars et ne pouvait pas se passer de neuroleptiques. L'incapacité de travail était de 100 % de manière définitive.

- 4 - E. a) Par communication du 1er novembre 2012, l'OAI a informé l'assuré que la mise en œuvre d'une expertise médicale rhumatologique et psychiatrique était nécessaire afin de clarifier le droit aux prestations. Dans ce cadre, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a rendu un rapport le 15 janvier 2013, sur la base du dossier de l'OAI, du dossier radiologique de l'assuré, d'un examen clinique, de l'examen clinique du Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et de leur entretien bidisciplinaire. On extrait de ce rapport ce qui suit : « 4. DIAGNOSTICS 4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail : ■ Syndrome lombovertébral et cervicobrachialgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : ■ Gonalgies bilatérales sans substrat organique ■ Status post-opération oeil G et D pour myopie en 2002 et pour strabisme en 2004 ■ Status post-pancréatite biliaire en 2005 ■ Status post-cholécystectomie par la voie laparoscopique en 2005 ■ Status post-syndrome d'apnée du sommeil non appareillée en 1998. APPRECIATION DU CAS Nous sommes confrontés à un assuré de 45 ans, d'origine macédonienne, en Suisse depuis 1989, détenteur d'un permis C, marié, père de trois enfants à sa charge, sans formation professionnelle mais ayant travaillé depuis qu'il est en Suisse comme étancheur. Cette activité est stoppée depuis 1996, date de deux accidents mineurs. Il est détenteur d'une rente entière depuis le 01.12.1997. Du point de vue médical, il est connu pour un status post-opération des yeux pour myopie et strabisme en 2002 et respectivement en 2005, pour une pancréatite biliaire avec cholécystectomie par voie laparoscopique en 2005 ainsi qu'un syndrome d'apnée du sommeil en 1998 non appareillée avec évolution spontanément favorable. Depuis 1996, il signale l'apparition de cervicobrachialgies ainsi que des lombalgies basses qui se sont cristallisées. Au status, on note un syndrome cervicobrachial et lombovertébral modérés et sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Les amplitudes articulaires sont toutes conservées. Il n'y a pas de signe de synovite ou de ténosynovite. On note certes quelques points d'insertion douloureux cependant non significatif, il n'y a pas de signe de non organicité. Du point de vue paraclinique, le bilan radiologique est rassurant. On note une minime spondylose antérieure du plateau supérieur de L4, cependant non significatif. Il n'y a pas de discopathie significative, tant au niveau cervical que lombaire ou de trouble dégénératif facettaire postérieur. L'ultrasonographie des

- 5 - genoux, mains et coudes est rassurante, le Score-Sonar est à 0. On note [une] absence de signe de synovite. La radiographie des mains est également dans les normes. Du point de vue thérapeutique, il est à noter que l'assuré ne bénéficie pas de manière régulière de prise en charge physiothérapeutique. Celle-ci pourrait être, en cas d'exacerbation de la symptomatologie douloureuse, réintroduite sous forme de thérapie manuelle à sec, voire éventuellement en piscine. L'utilisation d'une ceinture lombaire est également à encourager. Du point de vue médicamenteux, il est à noter que l'assuré ne prend qu'au coup

par coup et en fonction des douleurs, une médication antalgique mineure et d'AINS. Celle-ci, en cas de recrudescence de la symptomatologie pourrait être plus régulière. Concernant son exigibilité, du point de vue purement rhumatologique, au vu de la chronicisation de la symptomatologie on peut estimer une capacité de travail dans son ancienne activité [de] 60 % et dans une activité adaptée en alternant les positions assises ou debout, en limitant les ports de charges avec long bras de levier et en porte-à-faux de manière répétitives de 100 %. Du point de vue interdisciplinaire, après discussion avec le Dr P._____, en tenant compte de la situation psychiatrique et rhumatologique, la capacité de travail dans son ancienne activité d'étancheur est estimée à 60 %. Dans une activité adaptée, à 100 %. A notre avis, cette appréciation se différencie de celle du Dr D._____ mais s'apparente à celle du Dr [...] [rapport du 10 novembre 1997] qui lui estimait une capacité de travail entière. Il n'y a pas de lésion radiologique et somatique suffisamment significative pouvant justifier une incapacité de travail. Fort est de constater une certaine discordance entre les plaintes de l'assuré, l'impotence fonctionnelle qu'elles entraînent aux dires de l'assuré dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle, et l'examen clinique et paraclinique effectués jusqu'à ce jour. La symptomatologie douloureuse ne peut pas être expliquée par le socle somatique présenté par l'assuré. » Des mesures de réadaptation pouvaient être envisagées. L'assuré devait éviter le port de charges supérieures à 20-30 kg en porte-à-faux et avec long bras de levier et de manière répétitive. Dans une activité respectant ses limitations, il n'y avait pas de baisse de rendement. b) Le Dr P._____ a rédigé son rapport le 17 janvier 2013. On en extrait ce qui suit : «
Diagnostics : • Avec répercussion sur la capacité de travail Aucun sur le plan psychiatrique
• Sans répercussion sur la capacité de travail Dysthymie F34.1 Appréciation du cas :

- 6 - [...] L'examen psychiatrique du 16 janvier 2013 met en évidence : o Les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec moral préservé, sans tristesse ni irritabilité, fatigabilité anamnétique sans trouble de concentration ou de mémoire, ruminations existentielles sans idées noires, sans anhédonie, sans repli social, avec perte d'estime de lui-même partielle, sommeil déclaré comme mauvais, perturbé par des réveils récurrents, appétit conservé. Le tableau est particulier de par sa fluctuation, avec, à raison de 70 % du temps, des moments où il se sent moins bien et s'isole, à raison de 30 % du temps, des moments où il se sent mieux et apprécie d'être avec les enfants, de sortir. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assuré, qui fait les commissions et s'occupe de ses enfants. o Une absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic particulier et incapacitant, avec éléments en faveur d'angoisses itératives qui passent seules, éléments en faveur d'anxiété généralisée, mais, selon les critères CIM-10, ces crises à raison d'une fois par semaine témoignent d'une symptomatologie d'anxiété généralisée d'intensité moyenne, n'ayant pas de valeur incapacitante, sans élément en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie, de phobie sociale, de la lignée obsessionnelle. o Une absence de signe floride de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de personnalité. o L'existence d'une symptomatologie algique, sans grande intensité ni détresse. Selon les critères en vigueur actuellement, l'existence d'un

tableau algique pourrait faire envisager un trouble somatoforme, mais manquent alors l'intensité des plaintes et la détresse ; l'aspect incapacitant de ce tableau algique doit être apprécié selon les critères de sévérité actuelles, c'est-à-dire : o L'existence d'une comorbidité psychiatrique manifeste n'est pas retrouvée dans la mesure où l'intensité d'un tableau de dysthymie ne peut participer d'une comorbidité, o Une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable : l'assuré est au bénéfice d'une rente AI entière dès 1997, o Une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est pas retrouvée, o Un état psychique cristallisé est probable, o l'échec au traitement est difficile à envisager puisqu'aucun traitement psychiatrique n'a lieu depuis 2003, o L'ensemble des critères de jurisprudence n'étant pas réunis, nous ne pouvons envisager l'aspect incapacitant de ce tableau algique.

- 7 - Il est à préciser que, sur un plan médico-théorique, l'assuré a présenté des troubles ayant mené à l'octroi d'une rente complète sur la foi de certificats médicaux des médecins traitants, évoquant un diagnostic de trouble somatoforme. L'Arrêt Pinto concernant le TSD [trouble somatoforme douloureux] remonte à 2004 et a changé notre appréciation. Les différentes révisions ultérieures ont entériné une décision préalable à l'Arrêt Pinto, ces révisions n'ont pris en compte que des avis des médecins traitants. Actuellement, on doit admettre que les troubles psychiques n'ont qu'une faible valeur incapacitante. On peut donc exiger de l'assuré qu'il fasse un effort pour surmonter ses troubles dans la perspective rémunérée. Le pronostic est pourtant réservé, l'intéressé ayant assimilé un statut d'invalidé dont il sera difficile de l'affranchir. L'exigibilité ne peut être d'emblée complète. Elle est de 50 % à dater du jour de l'expertise et devrait faire l'objet d'une réévaluation après un an, durée minimum pour un reconditionnement dans une telle situation. Notre examen clinique n'a pas montré de signes de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant selon les critères en vigueur actuels de perturbation de l'environnement psychosocial. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer. Sur le plan psychiatrique, nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 16 janvier 2013 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail au sens de la LAI et selon les critères en vigueur actuels. Force est de constater que l'assuré est au bénéfice d'une rente entière depuis 1997 soit selon les critères qui sont antérieurs à ceux proposés à partir de l'Arrêt Pinto de 2004 et que les différentes révisions ont entériné une situation sur la base de rapports médicaux des médecins traitants. La faible valeur incapacitante des troubles psychiques actuels doit faire reconsidérer l'aspect incapacitant du tableau initial et, en l'absence de suivi psychiatrique ou de possibilité d'appréciation de l'évolution dans ce domaine, nous proposons le maintien d'une incapacité de travail à 60 % au vu de l'ancienneté des troubles avec réévaluation à un an, durée minimum pour un reconditionnement dans un tel cas. Sur le plan bi-disciplinaire, après discussion avec notre collègue, le Dr R. _____, en tenant compte de la situation psychiatrique et rhumatologique, la capacité de travail dans son ancienne activité d'étancheur est estimée à 60 %. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est estimée à 100 %. Les limitations fonctionnelles : Sur le plan psychiatrique, ancienneté des troubles et fixation dans une position d'invalidé, aucune au sens de la LAI. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? L'assuré est au bénéfice d'une rente entière AI dès le 01 décembre 1997. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Evolution favorable avec arrêt du suivi psychiatrique. Concernant la capacité de travail exigible : • Dans l'activité habituelle 60 % dès la date de l'examen, à réévaluer au bout d'un

an. • Dans une activité adaptée 60 % dès la date de l'examen, à réévaluer au bout d'un an. • Nous ne voyons pas de raison médicale à une réadaptation professionnelle. » Le SMR ayant relevé des contradictions dans le rapport précité, le Dr P. _____ a apporté des corrections le 22 février 2013,

- 8 - exposant notamment que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 % sur le plan somatique et de 60 % sur le plan psychiatrique, à réévaluer après un an. F. a) L'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente le 26 avril 2013 dans le sens d'une diminution de la rente. Il a retenu, sur la base des expertises précitées, que la capacité de travail de l'assuré était raisonnablement exigible à 60 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, soit pas de port de charge répétitif supérieur à 20 kg et pas de position en porte-à-faux. Tel était le cas dans toute activité industrielle légère. L'OAI a déterminé le degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique. Le salaire annuel auquel pouvait prétendre un homme effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé était de 62'741 fr. 15 en 2013, de 37'645 fr. 22 à 60 %. Un abattement de 10 % se justifiait. Le revenu d'invalidité s'élevait ainsi à 33'880.70 francs. Sans atteinte à la santé, en 2013, l'assuré aurait pu prétendre à un revenu annuel de 63'477 fr. dans son activité d'étancheur. La perte de gain s'élevait à 29'596 fr. 30, entraînant un degré d'invalidité de 46.63 %, donnant droit à un quart de rente. b) Par communication du 6 juin 2013, l'OAI a informé l'assuré de son droit à l'orientation professionnelle selon l'art. 8a al. 2b LAI (mesures de nouvelle réadaptation). Dans un prononcé à l'intention de la Caisse cantonale AVS du

E. 6

a) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b et 112 V 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

- 18 - Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5 ; cf. voir également ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence ; cf. TF 9C_181/2011 du 9 décembre 2011 consid. 6.1). Le Tribunal fédéral a considéré que la sévérité accrue avec laquelle le caractère raisonnablement exigible de la poursuite d'une activité lucrative en cas de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique était

désormais apprécié, depuis l'ATF 130 V 352, ne justifiait pas une révision du droit à une rente qui avait été allouée antérieurement. Il n'était ainsi pas conforme à la législation en vigueur de supprimer une rente allouée en raison d'un tel syndrome au motif que l'application de nouveaux critères jurisprudentiels conduirait désormais à apprécier différemment le caractère raisonnablement exigible de la reprise d'une activité lucrative par la personne titulaire de la rente, son état de santé étant par ailleurs resté inchangé (ATF 135 V 201). b) A la suite de cette jurisprudence, le législateur a adopté, dans le cadre de la 6e révision de la LAI (modification du 18 mars 2011 de la LAI), des dispositions finales entrées en vigueur le 1er janvier 2012. L'al. 1 de la let. a de ces dispositions finales prévoit que les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique doivent être réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies. L'al. 4 de la let. a des dispositions finales précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de

- 19 - l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen. Le Tribunal fédéral a tout d'abord jugé que trois conditions doivent être réalisées pour que puisse avoir lieu une révision du droit à la rente fondée sur l'al. 1 de la let. a des dispositions finales, étant précisé qu'il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue. Premièrement, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit avoir été accordée uniquement (« ausschliesslich ») en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Ce n'est que si cette condition est remplie qu'une procédure de révision fondée sur les dispositions finales peut être introduite. Deuxièmement, au moment de la révision, seul un tel diagnostic doit exister ; il convient également d'examiner si l'état de santé s'est dégradé et si un autre diagnostic peut être posé en se fondant, cas échéant, sur une expertise. Enfin, il faut vérifier si les « critères de Foerster » sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (ATF 139 V 547 consid. 10.1 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 5.2, 8C_436/2013 du 23 janvier 2014 consid. 4 et 8C_505/2013 du 8 janvier 2014 consid. 4.1). L'application de l'al. 1 de la let. a des dispositions finales découle exclusivement de la nature de l'atteinte à la santé ayant fondé le droit à la rente. Dans une précision de jurisprudence, le Tribunal fédéral a ensuite considéré qu'il n'avait exclu l'application de la let. a al. 1 des dispositions finales de la 6e révision, en cas de rente allouée en raison d'une syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires, d'une part, et d'atteintes à la santé objectivables, d'autre part, les deux types d'atteintes étant distincts, que si et dans la mesure où la rente pouvait être fondée sur ces dernières atteintes à la santé (ATF 140 V 197 consid. 6.2.3 ; sur l'évolution de la jurisprudence). Enfin, le Tribunal fédéral a ajouté, dans un arrêt 9C_121/2014 du 3 septembre 2014 (consid. 2.6), qu'en cas d'imbrication étroite du syndrome sans pathogenèse ni étiologie

- 20 - claires et des autres atteintes à la santé ayant fondé l'octroi initiale d'une rente d'invalidité, l'application de la let. a al. 1 des dispositions finales de la révision 6a reste exclue, à moins que les atteintes objectivables n'aient joué qu'un rôle secondaire, renforçant uniquement les effets du syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires.

E. 7

a) En vertu de l'art. 8a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012), les bénéficiaires de rente ont droit à des mesures de nouvelle réadaptation aux conditions que leur capacité de gain peut, selon toute vraisemblance, être améliorée (let. a) et que ces mesures sont de nature à améliorer leur capacité de gain (let. b). L'al. 2 précise que les mesures de nouvelle réadaptation destinées aux bénéficiaires de rente comprennent : des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle telles que prévues à l'art. 14a al. 2 LAI (let. a), des mesures d'ordre professionnel telles que prévues aux art. 15 à 18c LAI (let. b), la remise de moyens auxiliaires conformément aux art. 21 à 21quater (let. c), l'octroi de conseils et d'un suivi aux bénéficiaires de rente et à leur employeur (al. d). b) Selon l'al. 3 de la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI, durant la mise en œuvre de mesures de réadaptation au sens de l'art. 8a, l'assurance continue de verser la rente à l'assuré, mais au plus pendant deux ans à compter du moment de la suppression ou de la réduction de la rente. Les chiffres 1007 à 1013 de la Circulaire sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011 (ci-après : CDF), valables dès le 1er janvier 2012, précisent les conditions du droit à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a al. 2 LAI et de la poursuite du versement de la rente dans le cadre d'une révision selon lesdites dispositions. La teneur de ces chiffres est la suivante : « 1007 Si la rente est réduite ou supprimée en vertu des dispositions finales, l'assuré a droit à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a, al. 2, LAI pendant deux ans au maximum à compter du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, en vertu de l'art. 88bis, al. 2, let. a, RAI.

- 21 - 1008 Si l'assuré participe à des mesures de nouvelle réadaptation visées à l'art. 8a, al. 2, LAI, sa rente continue de lui être versée, mais au maximum pendant les deux années mentionnées au ch. 1007. 1009 La rente qui continue d'être versée est celle à laquelle l'assuré avait droit avant la réduction ou la suppression de sa rente. Les éventuels changements de situation (divorce, mariage, décès du conjoint, âge des enfants, etc.) sont pris en compte. 1010 S'il ressort de l'entretien avec l'assuré que ce dernier participera à des mesures de nouvelle réadaptation après la réduction ou la suppression, la procédure de réduction ou suppression de la rente doit être organisée de telle manière que les mesures suivent immédiatement la réduction ou la suppression afin que la rente soit versée sans interruption. Les trois décisions suivantes doivent être prises en parallèle : décision sur la réduction/suppression de la rente, communication sur les mesures de nouvelle réadaptation et décision sur la poursuite du versement limité dans le temps de la rente. Le prononcé établissant la poursuite du versement de la rente et mentionnant la durée maximale de deux ans est notifié à la caisse de compensation. Si des mesures successives sont prévues, il faut faire en sorte qu'elles se succèdent immédiatement afin que la rente puisse continuer d'être versée sans interruption. 1011 Les conditions d'octroi des différentes mesures de nouvelle réadaptation s'appliquent, à l'exception de la condition relative à l'invalidité. 1012 Lorsque les mesures de nouvelle réadaptation octroyées en vertu de la let. a, al. 2, des dispositions finales sont interrompues pour cause de maladie, d'accident ou de maternité, la rente continue d'être versée, sauf s'il est mis un terme définitif aux mesures, mais au maximum pendant la durée prévue à la let. a, al. 3, des dispositions finales. 1013 L'interruption définitive des mesures de nouvelle réadaptation est signifiée à l'assuré par voie de décision. Une copie de la décision est transmise à la caisse de compensation afin que celle-ci cesse à temps le versement de la rente. Le versement s'éteint le 1er jour du mois qui suit l'interruption de la mesure. »

E. 8

a) En l'espèce, l'intimé a rendu une première décision d'octroi de rente en 2001, sur la base de rapports médicaux rapportant des troubles somatoformes indifférenciés, ainsi que des diagnostics sur le plan somatiques. Cette rente a été maintenue à la suite d'une procédure de révision en 2002 (cf. communication de l'OAI du 31 mai 2002), les diagnostics retenus étant ceux de troubles somatiques indifférenciés, état après distorsion cervicale et état après traumatisme d'accélération cervicale. Sur cette même base, la rente a été maintenue à la suite d'une procédure de révision en 2007 (cf. communication de l'OAI du 23 janvier

- 22 - 2007). Les trois derniers diagnostics retenus font partie des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. b) Bien que l'intimé ne le mentionne que tard, la procédure de révision ouverte fin 2012 l'a été dans le cadre d'un réexamen de rente selon les dispositions finales de la 6e révision de l'AI. L'on observe en premier lieu, qu'une procédure de révision ordinaire selon l'art. 17 LPGA est en effet exclue, dans la mesure où, à tout le moins jusqu'à l'expertise bidisciplinaire des Drs R._____ et P._____ incluse, les rapports médicaux au dossier ne mettent pas en évidence de modification essentielle de l'état de santé du recourant (cf. ATF 135 V 201). Si le P._____, qui s'est penché sur le volet psychiatrique du cas, ne retient que le diagnostic de dysthymie, il n'exclut pas en soi le trouble somatoforme douloureux. C'est au terme d'une appréciation juridique, fondée sur la jurisprudence du Tribunal fédéral, qu'il exclut l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant invalidant. Au vu des observations faites dans le rapport, il doit être retenu que ces conclusions relèvent d'une appréciation différente de l'état de fait qui existait déjà lorsque les deux communications de continuation du versement de la rente ont été rendues. Ceci est d'ailleurs expressément mentionné par le Dr P._____, qui indique que c'est la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral en 2004 (cf. supra consid. 6a et ATF 130 V 352) qui a modifié son appréciation, les troubles psychiques devant depuis lors être considérés comme n'ayant qu'une faible valeur incapacitante. c) La rente ayant été octroyée au recourant sur la seule base de syndromes sans pathogenèses ni étiologie claires et sans constat de déficit organiques, à tout le moins depuis le 31 mai 2002, il appartenait à l'intimé de se poser la question d'une révision de la rente selon les dispositions finales de la 6e révision de l'AI. A titre préliminaire, il convient de relever que les circonstances du cas particulier ne tombent pas sous le coup des motifs d'exclusion prévus à l'al. 4 de la let. a des dispositions finales de la 6e révision de l'AI. En effet, lors de la procédure de révision, en mars 2012, le recourant, né

- 23 - en 1961, n'avait pas atteint l'âge de 55 ans et n'était pas au bénéfice de la rente depuis plus de quinze ans (ATF 139 V 442 et 140 V 15). C'est donc à bon droit que l'intimé a procédé au réexamen du droit à la rente du recourant. Considérant qu'une réduction de rente se justifiait, il a mis en œuvre des mesures de nouvelles réadaptation et dès lors continué de verser la rente entière, comme l'indique la décision rendue le 17 juin 2013, et ce conformément aux dispositions finales de la 6e révision de l'AI (cf. supra consid 7b). Il doit être observé à ce stade que l'intimé n'a pas respecté à ce moment la procédure telle que décrite au chiffre 1010 CDF. En effet, il n'a pas rendu de décision formelle de réduction de la rente en parallèle de la communication sur les mesures de nouvelle réadaptation et de la décision sur la poursuite du versement limité dans le temps de la rente. L'on ne trouve au dossier que le projet de réduction, daté du 26 avril 2013, la décision formelle de poursuite du versement de la rente rendue le 17 juin 2013 ne mentionnant par ailleurs pas

formellement la réduction. Dans son courrier à l'intention de la fédération [...] du 8 octobre 2013, l'intimé a au contraire déclaré qu'aucune décision de diminution de rente n'avait été notifiée, au vu des mesures professionnelles octroyées, durant lesquelles la rente continuait d'être versée. Ainsi, il doit être retenu que la décision originale d'octroi de rente n'a pas été modifiée, dans le sens d'une réduction, lorsque la procédure des mesures de nouvelle réadaptation a été mise en œuvre. La rente n'a dès lors été réduite que par la décision formelle du 23 mai 2014. On ajoutera à toutes fins utiles qu'il ne peut être reproché au recourant de n'avoir pas demandé à ce qu'une décision formelle de réduction de rente susceptible de recours soit rendue par l'intimé avant le 23 mai 2014, l'intéressé n'étant pas représenté par un mandataire professionnel et présentant des limitations au niveau des aptitudes et du langage (cf. rapport de Mme [...] du 18 juillet 2013. Au vu de ces éléments, la décision du 23 mai 2014 doit être considérée comme une décision ordinaire de réduction de prestations, et non comme une décision de réduction du fait de l'interruption des mesures de nouvelle réadaptation.

- 24 - d) Afin d'examiner si les conditions posées par le Tribunal fédéral pour procéder à la révision de la rente litigieuse (cf. supra consid. 6b) étaient réunies, l'intimé a mis en œuvre une expertise médicale bidisciplinaire. Mis à part le diagnostic de syndrome lombovertébral et cervicobrachialgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire ou déficitaire entraînant des limitations fonctionnelles, les experts n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant, ne mentionnant qu'une dysthymie à titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique. Comme relevé plus haut, le trouble somatoforme douloureux n'est pas mentionné dans les diagnostics, pas même dans les diagnostics sans effet sur la capacité de travail. Or, le Dr P. _____ n'a pas fait l'analyse de l'existence ou non d'un tel trouble, cas échéant de son aggravation, se contentant de dire que manquaient au tableau algique l'intensité des plaintes et la détresse, ce qui ne saurait tenir lieu de motivation suffisante à l'exclusion dudit diagnostic. Il a en revanche examiné le caractère incapacitant d'un tel trouble en se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral, et l'a nié, au vu de l'absence de comorbidité psychiatrique et de la « faible valeur incapacitante des troubles psychiques actuels », soit ensuite de la jurisprudence rendue par le TF en 2004. Ce faisant, il s'est livré à une appréciation juridique du cas, ce qui affaiblit la valeur probante de son expertise. Il lui appartenait en effet de se prononcer de façon motivée sur l'existence ou non d'un tel trouble et sur son intensité, puis sur son caractère incapacitant en lien avec les critères de Foerster, ceci afin d'exclure une éventuelle aggravation du trouble cas échéant (cf. supra consid. 6b), ainsi que sur l'existence ou non d'un autre diagnostic psychiatrique. Le caractère restrictif de la jurisprudence ne peut en aucun cas servir à un expert médical de motivation à l'exclusion d'un diagnostic. Par ailleurs, la mesure de nouvelle réadaptation mise en œuvre auprès d'O. _____ a été interrompue sur la base d'un certificat médical du Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie depuis 2014. Malgré la mention faite dans la fiche d'entretien téléphonique entre O. _____ et l'intimé du 23 janvier 2014 du fait qu'un

- 25 - rapport médical lui était demandé, il n'y a pas trace au dossier d'un courrier que l'intimé lui aurait envoyé dans ce sens, ni d'un rapport de ce médecin rendu avant la décision attaquée ou d'un refus de sa part d'en fournir un. Or, il appartenait bien à l'intimé de s'enquérir auprès de ce médecin des raisons pour lesquelles il avait prononcé une incapacité de travail totale, qui était du reste à réévaluer un mois après. Le Dr C. _____ a, dans son rapport médical du 25 août 2014 adressé au Dr D. _____, mentionné que son

patient présentait la recrudescence d'une symptomatologie mixte, soit douloureuse chronique et d'angoisse. Il a indiqué que le patient montrait, pendant les entretiens, des moments d'extrême exacerbation de son angoisse présentant aussi des moments de très forte inhibition et des barrages de la pensée. Ces crises s'étaient aussi manifestées dans le cadre de la mesure de réinsertion professionnelle de l'AI, soit avant que la décision attaquée ne soit rendue. Le Dr C. _____ a en outre déclaré que la composante psychotique de cette symptomatologie et des limitations psychiques lui semblait claire et évidente. Il a noté à cet égard une angoisse de morcellement et une composante hypocondriaque délirante. S'il dit en effet que le facteur déclenchant de cette exacerbation est également à rechercher dans la décision de l'intimé, il ressort de ce rapport que ce n'est pas le seul facteur et que l'aggravation des symptômes s'est présentée avant la décision attaquée déjà. L'on remarque encore que le Dr C. _____ mentionne et tient compte d'accidents subis par le recourant dans sa jeunesse, ce que ne fait pas le Dr P. _____. Au vu de ce qui précède, il ressort que, outre le fait qu'il ne peut être accordé pleine valeur probante au rapport du Dr P. _____, l'instruction mise en œuvre par l'intimé est lacunaire, celui-ci ne s'étant pas renseigné auprès du Dr C. _____ sur les raisons de l'incapacité de travail qu'il avait prononcée. L'intimé a donc manqué à l'une des conditions permettant de réviser la rente selon les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI, puisqu'il n'a pas examiné si l'état de santé du recourant s'était dégradé et si un autre diagnostic pouvait être posé. Pour ce motif, la décision attaquée doit être annulée et renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire (cf. art. 43

- 26 - al. 1 LPGA ; ATF 137 V 210) avec, si l'intimé estime ne pas pouvoir suivre l'avis des médecins traitants, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (art. 44 LPGA). Dans la mesure où le rapport du Dr P. _____ ne peut être retenu, il conviendra, en plus de rechercher l'existence d'éventuelles autres atteintes psychiatriques, de réexaminer l'existence ou non, le cas échéant le caractère invalidant du trouble somatoformes douloureux selon les critères de Foerster, sur la base d'une anamnèse complète.

E. 9

Il découle des considérants que le recours doit être admis, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurance est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, ils doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Le recourant n'étant pas représenté par un mandataire professionnel, il n'y a pas lieu de lui allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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