

# VD\_FINDINFO AI 52/16 - 101/2018 vom 14. Februar 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-02-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_52\\_16\\_-\\_101\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_52_16_-_101_2018)

FR: VD\_FINDINFO AI 52/16 - 101/2018 du 14 février 2018

IT: VD\_FINDINFO AI 52/16 - 101/2018 del 14 febbraio 2018

## Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE} | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

## Erwägungen

### E. 1

LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA). b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer. En l'espèce, formé en temps utile, selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

### E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c ; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a mis fin à ses prestations avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2016. Le litige porte singulièrement sur le point de savoir si l'état de santé de l'assuré a connu une amélioration notable et durable, de nature à conduire à la suppression du quart de rente octroyé depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2003 par arrêt du Tribunal cantonal des assurances du 18 décembre 2008 (cause AI 199/07 – 34/2009).

### E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé

physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. b) D'une manière générale, les décisions de rente ou celles concernant d'autres prestations durables ne sont valables que pour l'état de fait qui prévaut au moment où elles ont été rendues. Si le taux d'invalidité subit une modification notable ou si les circonstances dont dépendait le droit à la rente ont notablement changé, elles sont d'office ou sur demande, révisées pour l'avenir, à savoir augmentée, réduites ou supprimées (art. 17 al. 1 et 2 LPGA). Dans les deux cas, la révision tend donc à l'adaptation d'une décision de prestations à des circonstances qui se sont modifiées (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Schulthess 2011, p. 831 n o 3056). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a ; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). 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, 390 consid. 1b). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545, consid. 6.2 à 7). En outre, lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 117 V 198 consid. 4b ; TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3, 9C\_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2). 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 (ATF 133 V 108 consid. 5 ; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence ; TF 9C\_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1). A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à

craindre. L'art. 29 bis est toutefois applicable par analogie. 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 (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

#### **E. 4**

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées ; 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). D'après une jurisprudence constante, l'OAI est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb p. 353). Il en va de même, selon la jurisprudence, pour les rapports des médecins des assureurs (TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2 ; 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2) . En cas de divergence d'opinions entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des différents rapports médicaux doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351, cons. 3a p. 252) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 V 170, cons. 4 p. 175), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par le juge ou l'administration et à procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010).

#### **E. 5**

. En l'occurrence, l'intimé estime que la situation médicale du recourant a connu une amélioration et qu'il dispose d'une capacité de travail entière depuis début 2010, hormis durant la période du 2 octobre 2012 au 4 mars 2013 où il s'est retrouvé en totale incapacité de travail des suites d'un accident. De son côté, le recourant soutient qu'il n'est pas capable de travailler à 100%. Il fait valoir qu'il a retrouvé un emploi à temps partiel auprès de l'entreprise K. \_\_\_\_\_, qui a accepté de l'adapter pour tenir compte de ses limitations,

précisant que le taux d'activité partiel dont il bénéficie lui permet de reprendre des forces et de l'énergie en vue du lendemain. L'assuré estime que les limitations affectant son épaule droite justifient une réduction de son activité professionnelle, et que le fait qu'un collègue l'aide ne suffit pas à admettre qu'il peut travailler sans restriction. Il ajoute encore que ses déficits fonctionnels vont s'aggravant et qu'il ne supporte les douleurs que grâce à un traitement antalgique. Il s'agit ici de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de l'arrêt du Tribunal des assurances du 18 décembre 2008, dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, à ceux existant au moment de la décision du 1<sup>er</sup> février 2016, afin de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité du recourant est survenu durant ce laps de temps. a) L'intimé a fondé l'évaluation de la situation médicale retenue dans sa décision du 17 avril 2007 principalement sur les conclusions des Drs Q.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_. Après un examen clinique de l'assuré, ces médecins ont retenu les diagnostics incapacitants de limitation fonctionnelle importante de l'épaule droite avec douleur dans le cadre d'un status après capsulite rétractile post-traumatique de l'épaule droite, d'arthrose acromio-claviculaire ainsi que de status après ténodèse du sus-épineux, capsulotomie, bursectomie sous-acromiale et mobilisation sous narcose en mai 2003, de douleur de l'épaule gauche et discrète limitation fonctionnelle dans le cadre d'un status après PSH [périarthrite scapulo-humérale] gauche, et de lombosciatalgie gauche intermittente dans le cas de troubles statiques du rachis. Au niveau des limitations fonctionnelles, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ ont observé qu'au vu de l'état de ses membres supérieurs, l'assuré devait éviter l'élévation et l'abduction de l'épaule droite à plus de 60 °, l'élévation et l'abduction de l'épaule gauche à plus de 80 ° et le lever de charges supérieures à 50kg, surtout à droite. Les atteintes au rachis nécessitaient l'alternance de la position assise et debout deux fois par heure. Elles empêchaient en outre de soulever régulièrement des charges excédant 8 kg, de porter régulièrement des charges excédant 15kg, de même que de travailler en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Au vu de ces éléments, les Dr Q.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ ont estimé que l'activité de peintre en bâtiment n'était plus exigible. Par contre, dans une activité adaptée, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 80% à partir du 28 août 2003, soit trois mois après une intervention chirurgicale à l'épaule droite. Ces conclusions au plan médical ont été confirmées par le Tribunal cantonal des assurances dans son arrêt du 18 décembre 2008. b) Dans le cadre de la procédure de révision, l'intimé, sur avis du SMR, s'est fondé sur l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_. Dans son rapport d'expertise du 2 mars 2015, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic incapacitant de limitation des amplitudes articulaires de l'épaule droite, avec diminution de l'élévation antérieure (130 °) et de l'abduction (120 °), sans perte de force. L'examen avait également permis de constater que la stabilité de l'épaule droite était conservée et qu'elle ne présentait pas de point d'appel de la coiffe des rotateurs, en l'absence de signe de conflit sous-acromial. L'examen de l'épaule gauche avait quant à lui abouti à des résultats dans les limites de la norme : l'épaule était guérie, stable, d'amplitudes articulaires et de force normales, sans point d'appel de la coiffe des rotateurs. Au titre des restrictions fonctionnelles, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il convenait de respecter les limitations d'amplitudes articulaires de l'épaule droite. L'assuré ne présentait par contre pas de restriction s'agissant du port et du transport de charges ainsi que du travail en hauteur. L'expert a encore précisé que l'assuré pouvait s'acquitter de toutes les tâches inhérentes au métier de peintre en bâtiment, hormis la peinture des plafonds en position debout au sol. Il a retenu que, dans son activité actuelle, l'assuré avait pu être déchargé des travaux de plafond

par un collègue et qu'il se consacrait aux autres travaux à sa portée. Ainsi, l'activité actuelle respectait les limitations fonctionnelles retenues et était, de l'avis du Dr B. \_\_\_\_\_, exigible à 100%. c) A ce stade, il sied de relever qu'un amalgame est fait entre l'activité habituelle du recourant, de peintre en bâtiment, et son activité « actuelle ». On doit admettre qu'en n'étant plus en mesure de lever les bras au-dessus de la tête, l'assuré n'est plus capable d'exercer l'activité de peintre en bâtiment, avec toutes les tâches qu'une telle activité implique. Les travaux avec les bras levés au-dessus de la tête, tels que la peinture des plafonds, sont inhérents au métier de peintre en bâtiment ; tout peintre qui travaille dans des conditions normales et qui remplit les exigences habituelles des employeurs dans le cadre d'une telle activité doit pouvoir s'acquitter de telles tâches. Ainsi, l'activité de peinture, exercée dans des conditions ordinaires, n'est plus exigible de l'assuré. Le Dr B. \_\_\_\_\_ ne dit pas le contraire lorsqu'il affirme la capacité de travail de l'assuré est entière dans son « activité actuelle », sans baisse de rendement. En effet, ce qu'il nomme « activité actuelle » est en réalité une activité qui a été adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, puisqu'il est libéré de peindre les plafonds, un collègue se chargeant de cette tâche à sa place. Cette activité telle qu'elle a été adaptée ne nécessite en effet vraisemblablement pas une élévation antérieure de plus de 130 ° et une abduction supérieure à 120 °. Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, le Dr B. \_\_\_\_\_ convainc lorsqu'il affirme que, dans une activité adaptée, que ce soit celle « actuelle », ou toute autre activité respectant les limitations fonctionnelles au niveau du bras droit, l'assuré dispose d'une capacité de travail résiduelle entière. Il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à remettre sérieusement en cause l'appréciation de l'expert sur ce point. On ne peut suivre le recourant lorsqu'il soutient que les rapports des Drs N. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ permettent de contester valablement le bien-fondé des conclusions du Dr B. \_\_\_\_\_ et de conclure à une capacité de travail restreinte dans une activité adaptée. d) Dans son rapport du 13 décembre 2013, le Dr N. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic d'épaule droite gelée, avec tendinite, et attesté une capacité de travail de 50% dans l'activité exercée. On ne sait pas précisément à quelle activité il fait référence par les termes « activité exercée », à savoir s'il s'agit de l'activité habituelle de peintre, ou de l'activité adaptée exercée auprès de l'entreprise K. \_\_\_\_\_. Quelle que soit l'hypothèse, son avis sur ce point ne saurait être suivi. S'il entend l'activité habituelle de peintre, la capacité de travail de l'assuré est nulle, comme il a été établi ci-dessus, de sorte que l'avis du Dr N. \_\_\_\_\_ ne contribue pas à trancher la question litigieuse de la capacité de travail dans une activité adaptée. S'il entend par contre l'activité adaptée, il ne peut pas non plus être suivi, dans la mesure où il ne motive pas en quoi la capacité de travail serait réduite dans une activité qui ne nécessite pas des mouvements incompatibles avec les limitations du bras droit. Le Dr N. \_\_\_\_\_ fait état de limitations importantes dans l'amplitude des mouvements de l'épaule droite (élévation antérieure limitée à 70 °, abduction limitée à 60 ° et rétropulsion quasi-impossible). Lors de son examen du 25 février 2015, le Dr B. \_\_\_\_\_ a constaté des amplitudes bien supérieures (élévation antérieure limitée à 130 °, abduction limitée à 120 ° et rétropulsion de 40 °, cette dernière mesure correspondant à la norme), sur lesquelles il se fonde notamment pour expliquer qu'il ne peut pas adhérer au diagnostic d'épaule gelée retenu par le Dr N. \_\_\_\_\_. Dès lors que plus d'un an sépare les rapports des Drs N. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, une amélioration est susceptible d'avoir eu lieu dans l'intervalle. Il sied également de relever qu'au moment où le Dr N. \_\_\_\_\_ a rédigé son rapport, l'assuré, droitier, avait déjà repris son activité de peintre depuis trois ans, tout au moins à 50%. L'affirmation du médecin traitant selon lesquelles son patient n'a quasiment

aucune efficacité du bras droit ne saurait à cet égard être retenue. Le Dr N. \_\_\_\_\_ invoque encore d'autres limitations fonctionnelles : position assise pendant seulement 4 heures, position debout seulement 2 heures, activité dans différentes positions seulement 4 heures, se pencher seulement une heure, pas travailler avec les bras au-dessus de la tête, position accroupie ou à genoux seulement pendant 30 minutes, pas de port de charge près ou loin du corps sans précision de poids, pas de rotation en position assise ou debout, pas monter sur une échelle. A aucun moment cependant il ne motive en quoi son diagnostic d'épaule gelée, au demeurant infirmé par le Dr B. \_\_\_\_\_, induirait des limitations aussi importantes et touchant quasiment toutes les parties du corps. Le Dr B. \_\_\_\_\_ s'est à juste titre écarté de l'évaluation du Dr N. \_\_\_\_\_ au motif qu'il n'y avait pas de pathologie physique soutenant ces limitations fonctionnelles, à l'exception de celle relative au travail avec les bras au-dessus de la tête. En définitive, le Dr N. \_\_\_\_\_ ne motive pas en quoi la capacité de travail dans une activité adaptée serait limitée à 50% ; son avis ne saurait remettre en cause l'appréciation du Dr B. \_\_\_\_\_ dans le sens d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Quant au Dr J. \_\_\_\_\_, il se limite à mentionner que son patient ressent des douleurs lors des mouvements en hauteur, au-dessus de l'horizontale avec les deux membres supérieurs. On retiendra tout d'abord qu'aucun document au dossier n'objective ni même n'évoque des douleurs au bras gauche présentes durant la procédure de révision. En tout état de cause, les limitations mentionnées par le Dr J. \_\_\_\_\_ ne suffisent à motiver une réduction de la capacité de travail à 50% dans une activité qui respecterait les limitations fonctionnelles. e) Au vu de ce qui précède, il apparaît que les appréciations des Drs N. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ ne suffisent pas à dénier une amélioration de l'état de santé du recourant, qui lui a permis de recouvrer une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Alors qu'en 2008, il connaissait des atteintes et des limitations aux deux épaules ainsi qu'au rachis, au moment de la décision litigieuse, seule son épaule droite présentait des limitations, au demeurant bien moindres qu'en 2008, l'épaule gauche et le rachis ne souffrant plus de limitations. Lors de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, l'assuré ne s'était au demeurant plaint que de douleurs à l'épaule droite et à la face externe du bras droit. En définitive, il sied de conclure que l'état de santé de l'assuré a connu une amélioration depuis la dernière décision entrée en force lui ayant reconnu le droit à un quart de rente, et qu'il est désormais capable de travailler à 100% dans son activité actuelle, qui a été adaptée à ses limitations fonctionnelles, de même que dans toute autre activité adaptée respectant les restrictions d'amplitude des membres supérieurs. On relèvera à cet égard qu'une telle activité adaptée, autre que celle exercée, pourrait même s'avérer plus adaptée encore aux limitations fonctionnelles de l'assuré. A ce propos, de jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère qu'il existe un large éventail d'activités simples et répétitives, qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées, dans le marché du travail en général, et le marché du travail équilibré en particulier (TF 9C\_788/2012 Arrêt du 4 mars 2013 consid.

## **E. 6**

et la référence). C'est donc à juste titre que l'OAI a estimé que le recourant avait retrouvé depuis plus de trois mois, lors de la décision attaquée, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. f) Les griefs soulevés par le recourant à l'encontre de la décision entreprise ne permettent pas de parvenir à une conclusion différente. C'est tout d'abord en vain que le recourant critique la date à partir de laquelle le Dr B. \_\_\_\_\_ a estimé que son état de santé avait connu une amélioration (fin 2009). Cet argument n'est en effet pas déterminant puisque la décision attaquée ne supprime le quart de rente qu'au 1<sup>er</sup> avril

2016. Aucune révision de ce quart de rente n'a été décidée en défaveur du recourant pour la période entre 2009 et 2015. On relèvera cependant que le recourant a déclaré travailler comme peintre depuis mai 2010, accomplissant toutes les tâches dévolues à un peintre en bâtiment, à l'exception des plafonds, dont se chargeait son coéquipier. Par rapport aux évaluations du SMR du 19 décembre 2005 et du 29 mars 2006 qui attestaient une incapacité totale de travail dans la profession habituelle, la reprise du travail de peintre, même adaptée, dénote bel et bien d'une amélioration de son état de santé. S'agissant de la critique relative à la partialité de l'expert, on s'étonnera que l'assuré n'a émis des griefs relatifs au comportement de l'expert que dans son courrier du 15 octobre 2015, après avoir pris connaissance du projet de décision de suppression de rente du 12 août 2015, alors que, selon le courrier précité, ce sentiment lui était apparu lors de l'examen clinique du 25 février 2015 déjà. En tout état de cause, les reproches formulés par le recourant à l'encontre de l'expert ne suffisent pas à remettre en cause le bien-fondé des conclusions de celui-ci au plan médical, singulièrement au niveau de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. C'est également sans fondement que le recourant remet en cause les conclusions du Dr B. \_\_\_\_\_, au motif que son examen clinique aurait été de trop courte durée. Selon la jurisprudence, les experts ont une grande marge d'appréciation dans le choix des méthodes d'examen ; la valeur probante dépend moins de la durée de l'examen que de son contenu (cf. TF 8C\_558/2015 du 22 décembre 2015, consid. 4.2.3, et 8C\_603/2013 du 9 avril 2014 cons. 4.1). Le recourant ne fournit au demeurant aucun élément concret rendant vraisemblable l'inexactitude des évaluations somatiques de l'expert. Il se borne à affirmer qu'il est dans l'impossibilité de lever son bras droit à plus de 90°, sans fournir des documents médicaux plus récents que l'expertise corroborant cette affirmation ou mettant en question d'autres constatations de l'expert. Or, il ne suffit pas que l'assuré ne soit pas d'accord avec l'évaluation de l'expert pour que cela mette en question la valeur probante de celle-ci. Le recourant déplore ensuite des erreurs et contradictions dans le rapport d'expertise, le Dr B. \_\_\_\_\_ ayant d'une part mentionné qu'il avait 60 ans, au lieu de 55 ans, et d'autre part fait allusion à une iconographie apportée par l'assuré, alors même qu'il lui fait grief de ne pas avoir fourni d'iconographie. Force est toutefois de constater que ces contradictions sont à ce point secondaires qu'elles ne suffisent pas à remettre en question les conclusions de l'expert sur les points déterminants quant à l'issue de la cause. On relèvera encore à cet égard qu'il importe peu que l'assuré ait subi un ou deux accidents en 2012, dans la mesure où l'analyse de la situation médicale du recourant à la fin 2012 n'est pas déterminante, l'OAI ayant mis fin au versement du quart de rente en avril 2016 seulement. En outre, le fait que l'expert n'ait pas eu accès aux imageries, notamment relatives à l'arthrose de l'épaule droite et aux suites de l'accident du 2 octobre 2012, ne suffit pas non plus à remettre en question ses conclusions. D'une part en effet, il a obtenu les rapports médicaux établis par ses confrères sur la base des examens radiologiques. D'autre part et surtout, il a procédé à l'examen clinique de l'assuré. Ainsi, s'agissant plus particulièrement de l'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire droite, le Dr B. \_\_\_\_\_ a certes indiqué qu'il n'avait pas pu l'objectiver en l'absence d'imagerie. Son examen clinique lui a cependant permis de constater que l'assuré ne présentait aucun conflit sous-acromial. Ainsi, si arthrose il y avait, elle n'induisait pas de limitations fonctionnelles plus importantes que celles déjà reconnues. Au titre des diagnostics sans effet sur la capacité de travail, le Dr B. \_\_\_\_\_ a d'ailleurs retenu un status post arthrose acromio-claviculaire droite, diagnostic posé à l'imagerie du 9 juillet 2002. Selon la jurisprudence, l'expert jouit d'une large autonomie dans la manière de conduire son

expertise, s'agissant notamment des modalités de l'examen clinique et du choix des examens complémentaires à effectuer et il n'appartient pas au juge mais au praticien de décider s'il convient ou non de mettre en œuvre de tels examens (TF 9C\_812/2014 du 16 février 2015, consid. 4.1 et la référence). Si l'expert estime possible d'évaluer la capacité de travail actuelle sur la seule base de l'examen clinique sans ordonner des examens radiologiques complémentaires pour confirmer l'existence d'une arthrose de l'articulation acromio-claviculaire droite ou pour évaluer son évolution depuis l'expertise précédente, le juge ne saurait substituer son appréciation à celle de l'expert pour exiger un examen radiologique. Quant aux suites de l'accident du 2 octobre 2012, l'OAI s'est fondé sur le rapport complémentaire du SMR du 2 avril 2015 pour octroyer une rente entière limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2013. Ainsi, le fait que le Dr B. \_\_\_\_\_ ne se soit pas déterminé sur ce point reste sans importance. Le recourant n'a d'ailleurs émis aucune contestation à propos des prestations octroyées par l'intimé en lien avec cet accident. En conclusion, aucun des griefs soulevés par le recourant ne permet de s'écarter des conclusions de l'intimé, selon lesquelles il a recouvré depuis plus de trois mois au moment de la décision attaquée, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

#### **E. 7**

Dès lors que la capacité de travail dont dispose désormais le recourant est relative à une activité adaptée, il convient de déterminer s'il subit de ce fait un préjudice économique différent de celui retenu par l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances du 18 décembre 2008 et susceptible de modifier son droit aux prestations. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF 130 V 43 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; cf. TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1 et les références citées). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente (ou de sa révision), les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2), soit en l'occurrence en 2016. a) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence; cf. 9C\_338/2013 du 14 août 2013 consid. 4.3). aa) Le dernier revenu réalisé avant l'atteinte à la santé l'a été jusqu'en 2002, pour le compte de l'entreprise [...]. Dans son jugement du 18 décembre 2008, le Tribunal des assurances du canton de Vaud avait fixé le salaire annuel sans invalidité pour 2003 à 70'636 fr. 60. Indexé à l'évolution des salaires entre 2003 et 2016 (cf. tableau « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2016 », indice pour les hommes, disponible sur le site internet de l'Office fédéral des statistiques [OFS], [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)), le salaire annuel sans invalidité s'élève donc en 2016 à 80'773 fr. 90 ( $[70'636 \text{ fr. } 60 : 1958] \times 2239$ ). bb) Compte tenu de l'ancienneté de ce

salaires de référence, et du fait que l'assuré a entretemps travaillé pour plusieurs employeurs, la question pourrait se poser s'il ne conviendrait pas plutôt de calculer le revenu sans invalidité sur la base de la Convention collective de travail du second œuvre romand 2011 (CCT-SOR). Dans cette hypothèse, en se fondant sur le salaire de référence de la classe de salaire B (travailleur sans CFC occupé à des travaux professionnels, ou tout autre travailleur après trois ans d'activité ; cf. art. 18 al. 1 et 19 CCT-SOR), de 26 fr. 70 l'heure, et en y ajoutant les indemnités pour vacances, jours fériés et le 13<sup>ème</sup> salaire, pour un horaire hebdomadaire de 41 heures (cf. art. 12 CCT-SOR), on parvient à un revenu annuel sans invalidité de 71'260 fr. 80. b) Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'OFS (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; cf. TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; cf. TF 9C\_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3 et TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; cf. VSI 1999 p. 182). En l'espèce, l'assuré a repris une activité lucrative et travaille depuis juillet 2011 auprès de l'entreprise K.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 18 février 2013, l'employeur a affirmé que l'assuré travaillait de 7h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h00, soit un plein temps. De son côté, le recourant affirme qu'il travaille à temps partiel (cf. acte de recours p. 5 ; cf. également rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2014 [50%] et rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ p. 34 [4,5 heures par jour]). Compte tenu du salaire mensuel brut versé par l'employeur, de 3'200 fr., plus 13<sup>ème</sup> salaire, il sied de retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré travaille effectivement à temps partiel, un tel salaire ne pouvant correspondre à celui d'un peintre en bâtiment à plein temps. Dès lors qu'il est médicalement admis que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans son activité actuelle, telle qu'elle a été adaptée, ou dans toute autre activité adaptée, il apparaît qu'il ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle par le biais de son activité pour le compte de K.\_\_\_\_\_. Il y a par conséquent lieu de calculer le revenu d'invalidité en se basant sur les valeurs salariales statistiques de l'ESS. Le Tribunal fédéral a précisé à cet égard que sont déterminantes les statistiques du tableau TA1, secteur privé, salaires bruts standardisés (ATF 124 V 231 consid. 3b/aa; TF 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). En l'occurrence, il y a lieu de se fonder sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 4 de qualification). Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités

variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TF I 171/04 du 1er avril 2005 consid. 4.2, in REAS 2005 p. 240). Dans le cas présent, le salaire de référence pour des hommes exerçant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé était, en 2014, de 5'312 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2014, TA1). En tenant compte de la moyenne usuelle de travail de 41,7 heures dans les entreprises en 2014 (cf. tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » disponible sur le site internet de l'Office fédéral de la statistique [OFS], [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)), le revenu mensuel atteint 5'537 fr. 76, soit un montant de 66'453 fr. 12 par an. Celui-ci doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2016 ( $[66'453 \text{ fr. } 12 : 2220] \times 2239$  ; cf. tableau « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2016 »), ce qui conduit à un revenu annuel sans invalidité de 67'022 fr. pour un temps complet. Selon la jurisprudence, le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation). Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine; 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). En l'occurrence, un taux d'abattement de 10%, voire tout au plus 15%, tient compte de manière adéquate des facteurs propres à la personne de l'assuré, compte tenu notamment de ses limitations fonctionnelles somme toute légères. Après un abattement de 15%, le revenu d'invalidité s'élève à 56'969 francs. c) De la comparaison des revenus sans et avec invalidité qui précèdent (de respectivement 80'773 fr. 90 [solution la plus favorable au recourant parmi celles retenues au considérant 7a supra] et 56'969 fr.), il résulte une perte de gain de 23'804 fr. 90 correspondant à un degré d'invalidité de 29%, lequel ne suffit pas à maintenir le droit à une rente d'invalidité. On relèvera que même en prenant en compte le taux d'abattement maximal, solution qui ne serait toutefois pas justifiée au vu des caractéristiques personnelles du recourant, la solution ne serait pas différente, le taux restant inférieur à 40%. On remarquera de même que si l'on retenait que le recourant travaille pour le compte de K. \_\_\_\_\_ à 50%, comme il l'indique dans ses objections du 15 octobre 2015, et que l'on calculait son revenu d'invalidité sur cette base, son revenu à 100% serait de 83'200 fr. et serait supérieur à son revenu sans invalidité. L'assuré ne subirait donc pas de préjudice économique du fait de ses atteintes à la santé. En tout état de cause, quelle que soit l'hypothèse de calcul privilégiée, l'assuré ne présente plus une invalidité de 40% minimum nécessaire au maintien du quart de rente. d) Au vu des éléments précités, c'est à juste titre que l'intimé a estimé que la situation de l'assuré avait connu une amélioration notable et durable depuis 2008, de nature à réviser le quart de rente octroyé jusqu'alors. Cette amélioration ayant duré plus de trois mois, elle justifie une révision du droit à la rente, soit, in casu, sa suppression, à partir du 1er avril 2016 (cf. art. 88a al. 1 et 88bis al. 2 let. a RAI).

## **E. 8**

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est

fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al 1bis LAI). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et doivent être mis à la charge du recourant, qui n'obtient pas gain de cause. c) Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer des dépens, le recourant ayant été débouté de ses conclusions (art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD)

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