

VD_FINDINFO AI 94/16 - 11/2019 vom 17. Januar 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-01-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_94_16_-_11_2019

FR: VD_FINDINFO AI 94/16 - 11/2019 du 17 janvier 2019

IT: VD_FINDINFO AI 94/16 - 11/2019 del 17 gennaio 2019

Regeste

RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, DÉCISION DE RENVOI | 28 al. 2 LAI, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 4

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux ou des documents d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 ; I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées). Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles et procède librement à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi 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 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se

distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (cf. TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

E. 5

En l'occurrence, l'intimé estime que la situation médicale du recourant a connu une amélioration et qu'il peut dorénavant mettre en valeur une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée. Il retient que, depuis la précédente révision, l'assuré a bénéficié de l'implantation d'une deuxième prothèse de la hanche, à droite, qui a permis de diminuer les limitations fonctionnelles liées à la coxarthrose. Il estime également qu'il n'existe de limitations fonctionnelles ni au niveau rénal ni au niveau cardiaque. De son côté, le recourant soutient que son état se trouve au contraire aggravé, en raison de troubles cardiaques apparus en 2012, de dyspnée et d'une fatigue prononcée. Il fait en outre valoir qu'il ne travaille en moyenne que dix heures par semaine et qu'il n'est pas en mesure de reprendre une quelconque activité à plus de 10 ou 20%.

E. 6

Il s'agit ici de comparer les faits tels qu'ils prévalaient au moment de la précédente révision, à l'issue de laquelle le droit à une rente entière avait été maintenu sur la base d'un taux d'invalidité inchangé (cf. communication du 12 octobre 2011), et ceux existant au moment de la décision du 19 avril 2016, afin de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité du recourant est survenu dans l'intervalle. a) Au terme de l'examen rhumatologique mis en œuvre lors de la précédente révision, en juillet 2010, le Dr W. _____ avait retenu les diagnostics incapacitants de coxarthrose droite dans le cadre d'un status après nécrose aseptique de la hanche droite, de status après pose d'une prothèse totale de la hanche gauche dans le cadre d'un status après nécrose aseptique de la hanche gauche, d'insuffisance rénale modérée après transplantation rénale et rejet vasculaire aigu, d'ostéoporose et de status après cure d'éventration. Le rhumatologue a par contre estimé que l'obésité dont souffrait l'assuré restait sans incidence sur sa capacité de travail. Au vu de ces atteintes, le Dr W. _____ a conclu que l'activité habituelle de plâtrier-peintre ou de concierge professionnel n'était plus exigible. Par contre, il était d'avis que l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 70% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles induites par sa pathologie ostéoarticulaire, depuis le 18 mars 2009, date à laquelle le Dr D. _____ avait affirmé que les suites de la greffe rénale ne constituaient plus depuis longtemps une limitation fonctionnelle. Au titre des limitations fonctionnelles, le Dr W. _____ a retenu que l'assuré devait éviter les activités exigeant la position debout ou la marche pour une durée supérieure à un quart d'heure, la marche sur terrain irrégulier, les genuflexions répétées, les franchissements réguliers d'escaliers, les franchissements d'échelles ou d'escabeaux, ainsi que le lever de charges de plus de 6 kg. Le Dr W. _____ a précisé que la limitation de la capacité de travail à hauteur de 70% dans une activité adaptée du point de vue ostéoarticulaire était justifiée par la fatigue et de la probable fatigabilité liées au traitement immunosuppresseur. Par communication du 12 octobre 2011, malgré l'amélioration constatée par le Dr W. _____, l'OAI a maintenu le droit à une rente entière dès lors

qu'entre temps, le Dr M._____ avait annoncé l'imminence de la pose d'une prothèse totale de la hanche à droite et avait prononcé une incapacité de travail de 100% depuis le 8 mars 2011, dans l'attente de l'intervention (cf. également avis du Dr T._____ du 26 mai 2014). Cette incapacité de travail a notamment eu pour conséquence que la mesure d'observation professionnelle entreprise auprès de l'Orif a été interrompue après quelques jours. b) Au cours de la révision entreprise en octobre 2012, il a été constaté que la situation de l'assuré avait connu une certaine évolution depuis la dernière révision, puisqu'il avait bénéficié de l'implant d'une prothèse totale de la hanche à droite, qu'il avait connu un épisode de fibrillation auriculaire, en avril 2012, et qu'il avait repris une activité lucrative depuis juillet 2012. aa) Au plan ostéoarticulaire, l'assuré s'est en effet vu implanter une prothèse totale de la hanche à droite, en septembre 2011, par le Dr M._____. Force est de constater, à l'instar du SMR (cf. avis des 26 mai 2014 et 17 mars 2015), que cette intervention chirurgicale a permis une amélioration. Dans son rapport du 27 novembre 2012, le Dr A._____ a en effet observé une nette amélioration au plan ostéoarticulaire. Il a notamment indiqué que son patient ne souffrait plus de douleurs articulaires, hormis des lombalgies communes, et que la mobilité des hanches était indolore. Sans se prononcer précisément sur la capacité de travail de son patient, le Dr A._____ a estimé que si l'activité habituelle n'était plus exigible, une activité à temps partiel dans un secteur léger était possible. Cette évaluation de la capacité de travail est certes très vague, mais elle permet néanmoins de retenir que, de l'avis du Dr A._____, le recourant était à nouveau capable de travailler, ce qui n'était pas le cas à l'issue de la précédente révision. Certes, au cours de la procédure d'audition, le Dr A._____ a fait état de douleurs articulaires, essentiellement marquées au niveau des hanches, de la nuque et des épaules (cf. rapport du 27 février 2015). Ces douleurs n'ont cependant pas été objectivées. Le dossier ne contient aucun rapport d'examen indiquant que des investigations auraient été entreprises sur ce plan. Or, la simple évocation de douleurs ne suffit pas pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2 ; TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.2, 9C_911/2011 du 13 juin 2012 consid. 3.2) . En outre, malgré ces douleurs, le Dr A._____ évalue la capacité résiduelle à une demi-journée par jour, soit 50 %. Il ne s'éloigne dès lors pas de la solution retenue par l'intimé. Toujours de l'avis du médecin traitant, les douleurs à la hanche interviennent lors de marches prolongées. On peut en déduire que, même si elles avaient été objectivées, elles n'auraient pas induit une réduction de la capacité de travail supérieure à celle retenue par le SMR, dès lors qu'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré exclut les marches dépassant un quart d'heure. Dans ses rapports ultérieurs, le Dr A._____ n'invoque plus d'éléments en lien avec des troubles articulaires. Dans son rapport du 13 mars 2013, la Dresse S._____ a également estimé que la nécrose aseptique des deux têtes fémorales, avec pose de prothèse totale de la hanche gauche en 2006 et de la hanche droite en 2011 n'empêchait pas l'assuré de travailler dans une activité adaptée au taux de 50%. Le 13 janvier 2015, le Dr M._____ a aussi fait état d'une évolution favorable des suites de la pose de la prothèse de la hanche droite le 7 septembre 2011. Le chirurgien ne saurait cependant être suivi lorsqu'il évalue la capacité de travail de son patient à 20%, en référence à l'activité exercée pour le compte de la Commune G._____, et indique que toute augmentation de taux de

travail lui semble illusoire. Son appréciation de la capacité de travail reste très sommaire, insuffisamment motivée et en contradiction avec sa propre évaluation de l'évolution post opératoire. Le Dr M._____ ne justifie cette importante limitation de la capacité de travail que par « les nombreuses pathologies et comorbidités de ce patient », sans plus de détails. Comme le relève à juste titre les Drs X._____ et C._____, le chirurgien fait ainsi manifestement référence à des pathologies sortant de son domaine de spécialité orthopédique, de sorte que son avis ne saurait être déterminant. On notera encore que le Dr M._____ ne fait état de limitations fonctionnelles que dans les activités physiques, qui ne sont pas celles préconisées par le SMR au titre d'activité adaptée. Quant au Dr I._____, il affirme que la pose des prothèses totales de hanches n'a pas permis d'amélioration des douleurs. Outre le fait que son avis est isolé, les autres médecins ayant constaté une amélioration, en tous les cas dans un premier temps, il ne fournit lui non plus d'éléments concrets permettant d'objectiver ces douleurs. On relèvera d'ailleurs qu'à l'instar des autres médecins intervenus auprès du recourant, le Dr I._____ ne fait état d'aucun médicament antalgique dans son descriptif du traitement (cf. également rapports du Dr A._____ des 27 novembre 2012 et 27 février 2015 [et son annexe du centre de transplantation d'organe du J._____ du 11 juillet 2014], rapport de la Dresse S._____ du 13 mars 2013). Seul le Dr V._____ fait état d'un traitement anti-douleurs ; celui-ci n'a toutefois été prescrit qu'à titre transitoire, dans le cadre des suites opératoires d'une cure d'anévrisme au bras gauche. De son côté, le recourant n'a fait état que de l'utilisation de patches, en cas de besoin, ce qui reste somme tout un traitement antalgique très léger. Quant à la fatigabilité invoquée par le Dr I._____, elle ne suffit pas, sans plus de précisions, à motiver une diminution de la capacité de travail de 80%. En définitive, il ne se trouve au dossier aucun élément remettant en cause les conclusions de l'intimé au plan ostéoarticulaire, à savoir que dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles arrêtée par le SMR, l'assuré disposerait d'une capacité de travail résiduelle inférieure à 50%. On relèvera d'ailleurs à ce propos que dans son acte de recours, L._____ ne fait pas valoir de grief à l'encontre des conclusions prises par l'intimé au plan ostéoarticulaire, se limitant à arguer de complications au plan cardiaque, d'une grande fatigue et de difficultés respiratoires. bb) Dans son acte de recours, l'assuré a par contre fait valoir une aggravation au plan cardiaque, expliquant qu'il a connu une nouvelle fibrillation cardiaque le 17 avril 2016, et qu'il n'est pas en mesure de reprendre une quelconque activité à plus de 10 à 20%, en raison de son manque de souffle et d'une fatigue prononcée. Il a certes produit des rapports médicaux du J._____ des 13 mai et 23 mai 2016, attestant un nouvel épisode de fibrillation auriculaire suivi d'une hospitalisation du 17 au 26 avril 2016. Il a également remis un rapport d'examen du 6 juillet 2016 du Dr O._____ qui conclut à une épreuve d'effort maximale sur le plan métabolique, interrompue par une fatigue musculaire significative et d'une capacité aérobique altérée de façon quasi sévère, y compris après correction compte tenu de son indice de masse corporelle. Le cardiologue a précisé que trois éléments limitaient la capacité d'effort, le plus important étant vraisemblablement le cœur, les deux autres facteurs étant le poids, à titre mineur, et le déconditionnement. Force est toutefois de noter qu'aucun de ces rapports ne renseigne sur les incidences de ces atteintes sur la capacité de travail de l'assuré. Seul le Dr H._____ avait en son temps attesté que malgré les deux accès de fibrillation auriculaire en 2012 et 2014, et malgré le risque de récurrence, il n'existait aucune restriction au niveau cardiologique, le cœur étant cliniquement compensé par une prise médicamenteuse. Cette appréciation remonte toutefois au 20 janvier 2015 et ne prend

en conséquence pas en compte l'épisode du 17 avril 2016. Estimant le dossier insuffisamment instruit au plan cardiaque, la Cour de céans a procédé à une mesure d'instruction complémentaire auprès du Dr O._____, après que le recourant lui ait fait savoir qu'il n'était plus suivi par le Dr H._____. Dans son rapport du 4 août 2017, le Dr O._____ a indiqué que l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée constatée chez le recourant provoquait des symptômes lors d'un effort léger déjà. Le cardiologue a précisé qu'il n'avait pas observé de nouvelle limitation fonctionnelle depuis le début de sa prise en charge, en juillet 2016. Il a également indiqué que la dyspnée et la fatigue étaient indissociables de l'insuffisance cardiaque, une certaine fatigue étant inhérente à la pathologie. Il n'avait toutefois objectivé aucune évolution défavorable à ce niveau, la fatigue et la dyspnée étant stables et présentes depuis le début de sa prise en charge. Il a attesté une capacité de travail de 25% dans une activité nécessitant des efforts, et d'une capacité de 50% dans une activité sédentaire. En sa qualité de cardiologue traitant, le Dr O._____ procède à des examens réguliers de l'assuré, dont il connaît pleinement l'anamnèse et dont il prend en considération les plaintes. Ses conclusions sont claires et motivées, de sorte que son avis peut être retenu. Seul le Dr A._____ affirme dans son rapport du 27 janvier 2017 que la « faiblesse cardiaque » de son patient l'empêche de travailler à plus de 20%. Outre le fait que, contrairement au Dr O._____, il n'est pas spécialiste, son avis est trop sommaire pour remettre sérieusement en question les conclusions du Dr O._____. Il sied donc de retenir que l'affection cardiaque, même compte tenu de ses derniers développements d'avril 2016, n'empêche pas l'assuré de mettre à profit une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée, de type sédentaire. Elles ne conduisent ainsi pas à une réduction de la capacité de travail plus importante que celle retenue par le SMR. cc) Il n'existe aucun autre motif de réduction de la capacité résiduelle de travail. Notamment au niveau rénal, il ressort à l'unanimité que la greffe est stabilisée de longue date, qu'elle n'induit plus une réduction de la capacité de travail. Aucun élément au dossier ne fait état d'une péjoration à ce niveau. c) En définitive, aucun élément au dossier ne s'oppose aux conclusions du SMR selon lesquelles les améliorations constatées dans l'état de santé du recourant lui ont permis de recouvrer une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, respectant strictement les limitations fonctionnelles arrêtées par le Dr W._____ en 2010 et confirmées le 17 mars 2015 par les Drs X._____ et C._____. Dans le cadre de son recours, l'assuré n'a pas démontré par une argumentation précise et étayée, qu'il existerait au dossier une appréciation médicale objective mieux fondée que les éléments retenus par l'intimé qui justifierait de conclure à une capacité de travail dans une activité adaptée inférieure à 50%. Il n'y a dès lors pas lieu de s'éloigner des conclusions prises par l'intimée au plan médical. On peut ainsi retenir que l'assuré dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, qui tiennent compte de manière appropriée de ses restrictions ostéoarticulaires et cardiaques.

E. 7

Si les conclusions de l'intimé au plan médical peuvent être suivies, tel n'est pas le cas de son appréciation au plan économique. Selon un principe général en assurance-invalidité, la réadaptation prime le droit à la rente. Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en espèces (Message du 22 juin 2005 concernant la

modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^e révision de l'AI] ; FF 2005 4215, spéc. 4223 ch. 1.1.1.2). L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles – fonctionnelles et/ou intellectuelles – de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées de la personne assurée doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 138 I 205 consid. 3.1 et la référence citée). Or, force est de constater que le dossier de l'intimé est insuffisamment instruit s'agissant de la possibilité de mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel. C'est ainsi de manière prématurée qu'elle a procédé à la comparaison des revenus en vue de fixer le degré d'invalidité. Dans un avis du 26 mai 2014, confirmé le 19 mai 2015, le SMR a préconisé de « voir ce qu'on [pouvait] mettre en place comme mesure de réinsertion, à un taux de présence élevé, minimum 50% au début, puis à 70% voire 100% si c'est possible ». Par deux fois, le Service juridique a également rendu l'intimé attentif au fait que les éléments au dossier ne suffisaient pas à renoncer à des mesures de réinsertion (cf. avis des 4 juin et 3 décembre 2015). L'intimé a renoncé à agir dans ce sens, au motif que, selon lui, l'assuré exerçait déjà une activité à 50% auprès de la Commune G. _____ et valorisait au mieux sa capacité de travail résiduelle (cf. rapport final du Service de réadaptation du 9 octobre 2014). De l'avis de l'OAI, une mesure professionnelle ne serait dès lors pas susceptible de réduire le préjudice économique. Or, cette prémisse est erronée. L'assuré a toujours fait valoir qu'il travaillait à un taux inférieur à 50%. Le 14 mai 2014, il a indiqué qu'il travaillait environ 20 heures une semaine sur deux, soit 10 heures par semaine en moyenne, pour un salaire mensuel d'environ 1'400 fr., un autre collègue s'occupant des mêmes tâches les deux autres semaines du mois. Le 2 septembre 2015, il a déclaré qu'il travaillait 3 heures le matin, une semaine sur deux, et qu'il était rémunéré à l'heure, à hauteur d'environ 1'200 fr. par mois. Si l'on se fie aux informations fournies par l'assuré, son taux d'occupation avoisinerait les 25%. Certes, l'employeur a indiqué que l'assuré travaillait à hauteur de 20 heures par semaine, sans faire état d'une alternance une semaine sur deux (cf. questionnaire de l'employeur du 22 septembre 2015). Les mêmes éléments ressortent du contrat de travail du 22 juin 2012, qui prévoit un horaire hebdomadaire de 20 heures, rémunérées à 31 fr. 05 bruts (indemnité de vacances, jours fériés et 13^{ème} salaire inclus). Or, si l'assuré avait travaillé en moyenne 20 heures par semaine pour un salaire horaire de 31 fr. 05 de l'heure, il aurait réalisé un revenu annuel dépassant 32'000 fr. (20h. x 31fr. 05 x 4,33 semaines par mois x 12 mois). Or, son compte individuel AVS fait état d'un revenu de 11'418 fr. pour les 6 derniers mois de 2012, de 20'136 fr. pour 2013 et de 24'005 fr. en 2014, ces chiffres allant dans le sens d'un taux d'activité inférieur à 50%. Le salaire maximal réalisé par l'assuré étant inférieur au revenu de référence ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), de l'ordre de 30'000 fr., on ne peut valablement conclure qu'il valorise au mieux sa capacité résiduelle de travail. Certes, le Dr T. _____ est revenu sur sa position le 15 février 2016, en indiquant qu'il n'était finalement pas indiqué de procéder à une mesure d'évaluation, dès lors que l'assuré valorisait au mieux sa capacité de travail, compte tenu de la bonne rémunération versée par son employeur. Son avis ne saurait toutefois être retenu. La tâche du médecin consiste en effet à évaluer l'état de santé d'un assuré et d'indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités il est encore capable de travailler (cf. consid. 3 supra), et non à se déterminer sur des considérations économiques. Le fait que le Service de réadaptation ait finalement indiqué le 8 avril 2016 que c'était en raison de l'âge de l'assuré, de ses faibles capacités d'adaptation et de son potentiel d'apprentissage limité qu'aucune mesure

d'évaluation n'était pertinente et qu'aucune mesure professionnelle ne permettrait de réduire le dommage ne suffit pas non plus. Cet avis tombe brusquement à la veille de la décision attaquée, à la suite des demandes d'explications réitérées du Service juridique de l'intimé, avec des motifs de refus jamais évoqués antérieurement. A aucun moment auparavant, le Service de réadaptation n'avait constaté que les capacités d'adaptation et d'apprentissage de l'assuré étaient trop limitées pour permettre des mesures professionnelles. Au contraire, en 2011, il avait mis en œuvre une mesure d'orientation professionnelle auprès de l'Orif, dans le secteur informatique. Cette mesure avait été interrompue après trois jours seulement, compte tenu de l'imminence de l'implant d'une prothèse à la hanche droite et de l'incapacité de travail prononcée par le Dr [...] dans l'attente de l'intervention (cf. rapport du Dr T. _____ du 26 mai 2014). Quant à l'âge de l'assuré, de 53 ans, il n'est pas rédhibitoire non plus. La communication interne du 8 avril 2016 est dès lors trop vague, insuffisamment motivée, et contradictoire à ses positions précédentes pour permettre la fermeture du dossier de réadaptation. Il appartient ainsi à l'intimé de reprendre l'instruction du dossier au niveau de la réadaptation et d'examiner dans quelle mesure le recourant peut tirer profit de sa capacité résiduelle de travail. L'office prendra, cas échéant, et sous réserve de la réalisation des conditions matérielles du droit à la prestation et de la collaboration de l'intéressé (cf. art. 21 al. 4 LPGA), les mesures nécessaires à la réintégration de celui-ci dans le circuit économique. Ce n'est qu'à l'issue de cet examen que l'intimé pourra statuer définitivement sur la révision de la rente d'invalidité.

E. 8

- a) Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. La décision attaquée est annulée en ce qu'elle prononce la réduction de la rente à un trois-quarts de rente. Elle est par contre confirmée en ce qu'elle prononce une capacité de travail résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Le dossier est renvoyé à l'intimé pour complément d'instruction sur le plan des mesures de réadaptation.
- 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. 1 bis LAI et 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 mis à la charge de l'intimé, qui succombe. c) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant a agi sans l'aide d'un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA).