

VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 1439 vom 15. November 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-11-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2010__1439

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 1439 du 15 novembre 2010

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 1439 del 15 novembre 2010

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, MOTIF DE RÉVISION, RÉVISION DE LA RENTE, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, EXPERTISE, EXPERTISE JURIDIQUE, FORCE PROBANTE, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL}, ÉTAT DE SANTÉ | 28 al. 2 LAI, 17 al. 1 LPGA, 17 LPGA, 87 al. 2 RAI

Erwägungen

E. 15

novembre 2010 _____ Présidence de M. Neu Juges :
MM. Jomini et Abrecht Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer ***** Cause pendante
entre : X. _____, au Sépey, recourant, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton
de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art.

E. 17

al. 1 LPGA, 28 al. 2 LAI et 87 al. 2 RAI En fait : A. X. _____, né en 1954, travaille
comme agriculteur indépendant depuis 1980 et accessoirement comme moniteur de ski
durant la saison hivernale. Suite à un accident de la circulation survenu le 18 décembre
1998, lequel lui a occasionné plusieurs fractures à la jambe et au visage, il a été hospitalisé
et s'est retrouvé en incapacité de travail totale jusqu'au

E. 19

septembre 1999, puis à 50% jusqu'au 20 mars 2000. Il a déposé, le 10 mars 2000, une
demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à une rééducation
dans la même profession, subsidiairement à l'octroi d'une rente. L'assuré est suivi par le Dr
F. _____, généraliste, depuis 1998. Dans un rapport du 2 février 2002, celui-ci a posé les
diagnostics principaux de polytraumatismes suite à un accident de voiture, de hernie discale
L4-L5 depuis février 2001, d'ablation du matériel d'ostéosynthèse en juin 2001 et de
fracture du fémur gauche par coup de sabot le 22 octobre 2001. Il recensait les incapacités
de travail suivantes: 25% du 21 mars 2000 au 18 février 2001, 100% du 19 février au
30 avril 2001, 50% du 1 er mai au 18 juin 2001, 100% du 19 juin au 15 août 2001, 60% du
16 août au 21 octobre 2001 et 100% depuis le 22 octobre 2001. Le médecin traitant estimait
que son patient n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle tant que la
situation ne s'était pas stabilisée. Après s'être enquis auprès de son Service médical régional
(ci-après: SMR), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a
rendu une décision le 10 juin 2003 reconnaissant à l'assuré le droit à une demi-rente du 1 er
décembre 1999 au 31 mars 2000 sur la base d'un degré d'invalidité de 50%, à un quart de
rente du 1 er mai au 30 juin 2001 sur la base d'un degré d'invalidité de 40%, à une
demi-rente du 1 er juillet au 31 décembre 2001 sur la base d'un degré d'invalidité de 50% et

enfin à une rente entière à compter du 1^{er} janvier 2002 sur la base d'un degré d'invalidité de 100 pour-cent. Cette décision, non contestée, est entrée en force. B. Dans le cadre d'une procédure de révision d'office de la rente, l'OAI a interpellé l'assuré, qui a indiqué, dans un questionnaire daté du 25 septembre 2003, qu'il travaillait désormais à 20% comme agriculteur et que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse était prévue prochainement. Cette opération a finalement eu lieu le 26 novembre 2003. Selon un rapport du Dr F. _____ du 4 novembre 2003 et les documents annexés, l'assuré a subi une cure de hernie discale en septembre 2002, laquelle a permis d'améliorer le problème dorsal. Le médecin traitant constatait toutefois la persistance d'une douleur au niveau du fémur droit et décrivait l'état de santé de son patient comme stationnaire, l'incapacité de travail demeurant à son avis totale dans toute activité. Dans deux rapports des 28 janvier et 25 mai 2004, le Dr B. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics de status après fracture multi-fragmentaires supra-condylienne du fémur distal droit, de status après ablation du matériel d'ostéosynthèse, de fracture transversale dans le trou d'une vis le 23 octobre 2001 et de hernie discale avec troubles neurologiques dans la jambe gauche. Il évaluait la capacité de travail à 20 ou 30% depuis le printemps 2004, tout en précisant que cette appréciation était rendue très difficile par le fait que l'assuré était indépendant et effectuait de lourds travaux comme paysan de montagne. Le 10 août 2004, le Dr R. _____, neurochirurgien, a diagnostiqué une hernie L4-L5 gauche opérée le 13 septembre 2002 et un status post-fracture du fémur droit opéré à plusieurs reprises. Il fixait l'incapacité de travail en tant qu'agriculteur à 100% du 2 septembre 2002 au 2 février 2003, à 80% du 3 février 2003 au 31 août 2004 et à 50% de façon permanente depuis le 1^{er} septembre 2004, estimant que ce taux ne serait pas supérieur dans une autre activité. Par courrier du 5 février 2005, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait recommencé à donner des cours de ski depuis le mois de janvier 2005 à raison d'environ une heure et demie deux fois par semaine, rythme au-delà duquel les douleurs au niveau des jambes et du dos l'obligeaient à s'arrêter. Il exposait en outre qu'il n'avait pas pu augmenter son taux de travail en tant qu'agriculteur et qu'il devait recourir à l'aide de tiers pour tous les gros travaux. Un examen rhumatologique a été effectué au SMR le 13 juillet 2005 par le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Le rapport du 18 juillet 2005 a la teneur suivante: "DIAGNOSTIC - avec répercussion sur la capacité de travail: • Lombosciatalgies [gauches] chroniques persistantes (M 51.3): ■ Troubles dégénératifs lombaires étagés ■ Status après cure de hernie discale L4-L5 [gauche] en septembre 2002 • Etat douloureux persistant du [membre inférieur droit] sur status après accident de la circulation le 18.12.1998 responsable de: ■ Fracture sus- et inter-condylienne du fémur [droit] ■ Fracture de l'astragale [droit] de type Hawkins I ■ Status après refracture métaphysaire du fémur [droit] le 22.10.2001 traitée par ostéosynthèse • Cervicalgies communes • Alvéolite allergique extrinsèque (poumon du fermier) - sans répercussion sur la capacité de travail: • Hypoacousie appareillée APPRECIATION DU CAS Cet assuré, agriculteur de montagne, au bénéfice d'une formation élémentaire (cours prodigués par le Service de l'agriculture du Canton de Vaud et le Service vaudois de vulgarisation agricole), ayant aussi exercé durant les mois d'hiver une activité de moniteur de ski, qui souffrait d'une alvéolite allergique extrinsèque correctement maîtrisée par l'utilisation de masques appropriés et de médicaments broncho-dilatateurs à la demande, a été victime en décembre 1998 d'un gravissime accident de la route responsable des lésions énumérées ci-dessus. L'évolution n'a d'emblée pas été très satisfaisante, avec une consolidation retardée de la fracture du fémur [droit]; par la suite, apparition de lombosciatalgies [gauches] dans un

premier temps résolutive. En octobre 2001, suite à un traumatisme que les différents experts concernés ont considéré comme inapproprié par le sabot d'une vache, l'assuré présente une fracture diaphysaire du fémur [droit] à la hauteur d'un trou de vis d'ostéosynthèse. Après traitement chirurgical adéquat de cette situation, apparaissent durant l'été 2002 des lombosciatalgies [gauches] suffisamment sévères et inquiétantes pour que des investigations appropriées soient réalisées, mettant en évidence une hernie discale L4-L5 [gauche] qui sera opérée en septembre 2002. Fin 2003, interviendra l'ablation de matériel d'ostéosynthèse au niveau du fémur [droit]. Durant toute cette période, l'assuré a bénéficié d'arrêts de travail plus ou moins complets, consignés au dossier. Néanmoins, depuis son accident de 1998, il a profondément remanié son entreprise agricole, la rendant compatible avec ses capacités fonctionnelles diminuées et il a cessé l'enseignement du ski. L'examen clinique actuel met en évidence au plan général une discrète hyperpnée ainsi qu'un freinage expiratoire de l'auscultation pulmonaire. L'examen ostéoarticulaire périphérique met en évidence une amyotrophie globale du [membre inférieur droit] ainsi qu'une limitation de mobilité, modeste, au niveau du genou [droit] et de la cheville [droite]. Au plan rachidien, il existe des troubles de la statique et une limitation du mouvement au niveau cervical et au niveau lombaire surtout. Neurologiquement, il n'y a pas d'anomalie. Il est impossible d'établir a posteriori de manière détaillée les différentes périodes d'incapacité de travail partielles ou complètes dont a bénéficié cet assuré. Toujours est-il qu'actuellement il déclare travailler environ à 50% dans son entreprise qu'il a adaptée à ses limitations. Les atteintes à la santé sont évidentes et déterminent des limitations fonctionnelles strictes, et ce d'autant plus qu'on peut craindre, à terme, une détérioration globale de la situation ostéoarticulaire à la faveur des troubles dégénératifs qui se surajouteront. Cette problématique biomécaniquement claire, s'inscrit de plus dans le cadre de ce que, en tant que non spécialiste, je qualifierai de fragilité psychologique. Depuis son accident de 1998 qui a bouleversé son existence, l'assuré exprime des sentiments de dévalorisation importants ainsi que des symptômes du registre dépressif qui font suspecter qu'il n'aurait pas la résilience nécessaire au cas où des mesures de reclassement lui seraient imposées; en effet, dans une optique théorique, l'activité de paysan de montagne n'est absolument pas indiquée à sa situation, alors qu'une autre activité, bien respectueuse des limitations fonctionnelles précises, apparaîtrait – théoriquement – exigible complètement. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes: A) Rachis lombaire: nécessité de pouvoir alterner régulièrement la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 15kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 25kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. B) [Membre inférieur droit]: pas de travail impliquant des déplacements à pied réguliers, notamment en terrain accidenté ou impliquant de devoir monter/descendre régulièrement sur des échelles/escabeaux/échafaudages (par analogie machine agricole). C) Rachis cervical: pas de travail impliquant le maintien de la tête dans des positions extrêmes notamment en rotation ou en rétroflexion. D) Système respiratoire: nécessité d'éviter les atmosphères chargées des allergènes qui ont été identifiés, ou au minimum, nécessité de porter un masque approprié lorsqu'il y est exposé. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? 18.12.1998 (date de l'accident de la circulation). Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? L'évolution a été variable, rythmée par les nombreux aléas dont l'histoire médicale a été émaillée, ainsi que cela a été retranscrit dans la fiche d'examen du dossier N° 4 du 28.01.2005. Il y a, objectivement, impossibilité de savoir exactement comment la capacité de travail de cet assuré a évolué; ainsi que cela

ressort des différentes pièces au dossier, on peut admettre qu'une certaine stabilisation s'est installée à partir du printemps 2004 (soit environ trois mois après la dernière [ablation du matériel d'ostéosynthèse]), ainsi que l'indique le Dr B. _____ dans son rapport du 25.05.2004. Il s'agit de combiner les limitations induites par la problématique post-traumatique du [membre inférieur droit] aux limitations inhérentes à la pathologie dégénérative lombaire, et, dans une moindre mesure, cervicale. Compte tenu de ces différents problèmes coexistants, la capacité de travail en tant que paysan de montagne, n'excède pas les 20-30%, dont parle le Dr B. _____ dans son rapport du 25.05.2004. Certes, dans son rapport du 10.08.2004, le Dr R. _____, neurochirurgien, affirme qu'une demi-rente lui semblerait plus adéquate qu'une rente entière (!). Toutefois, dans l'annexe au même rapport médical, il affirme que la capacité de travail de l'assuré, même dans une autre activité, ne dépasserait pas 50%. Cette appréciation du Dr R. _____ se cantonne à une vision restrictive de la situation, limitée à la problématique lombaire. Objectivement toutefois, cette problématique-là est très limitative quant à la capacité de travail d'un paysan de montagne. L'évaluation globale de la situation de cet assuré conduit à admettre que, globalement, sa capacité de travail exigible en tant que paysan de montagne n'excède pas 30%. Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par les nombreuses et importantes atteintes à la santé énumérées ci-dessus. En tant que paysan de montagne, la capacité de travail exigible n'excède pas 30%. Certes, dans une activité adaptée, respectant scrupuleusement les limitations fonctionnelles énumérées ci-dessus, on pourrait conclure à une capacité de travail allant jusqu'à 70%; il est cependant apparu à l'examineur que cet assuré présente une «fragilité psychologique» qui fait suspecter qu'il ne serait pas en mesure de surmonter les efforts qu'imposeraient une reconversion professionnelle.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE Dans l'activité habituelle: 30%. Dans une activité adaptée: 70%. Depuis le: printemps 2004; pour ce qui est de la période précédente, se référer au dossier". A la demande de l'assureur responsabilité civile du responsable de l'accident de décembre 1998, la mise en œuvre d'une expertise a été confiée au Dr V. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 14 mars 2006, l'expert concluait que l'incapacité de travail en tant que paysan de montagne se situait entre 60 et 70% en raison des seules séquelles du genou droit, qui limitaient la marche et le port de charges, et qu'elle était totale dans l'activité de moniteur de ski, de manière définitive. En revanche, un travail en position semi-assise et n'impliquant pas de port de charges, telle une activité à l'établi, lui paraissait théoriquement envisageable à un taux d'au moins 50%, la difficulté résidant davantage dans des considérations d'ordre socio-économique, au vu de la formation et de l'âge de l'assuré. L'expert relevait en outre que la longueur du traitement provoquait un certain retentissement sur le psychisme de l'intéressé et qu'une expertise psychiatrique s'avérait souhaitable. Dans un avis du 7 novembre 2006, le Dr [...] du SMR a considéré que l'assuré ne présentait aucun trouble psychique invalidant, dès lors qu'il n'avait pas consulté de psychiatre et qu'il n'avait pas besoin d'un traitement antidépresseur au long cours. Le 17 juillet 2008, l'OAI a rendu un projet de décision supprimant le droit à la rente, au motif que l'assuré disposait d'une capacité de travail exigible de 30% dans sa profession habituelle de paysan de montagne, mais de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle une activité industrielle légère. Après comparaison des revenus sans invalidité (38'250 fr.) et avec invalidité (32'371 fr. 45), l'OAI retenait un degré d'invalidité de 15%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il précisait néanmoins qu'une aide à la réadaptation serait octroyée à l'intéressé à sa demande. L'assuré a contesté ce projet le 26 juillet 2008,

reprochant principalement à l'OAI d'avoir fait abstraction du facteur humain et des conséquences d'une telle prise de position. Il sollicitait par conséquent la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Par décision du 4 mai 2009, l'OAI a confirmé la suppression de la rente d'invalidité, considérant qu'un complément d'expertise psychiatrique ne se justifiait pas. C. X._____ a recouru contre cette décision le 23 mai 2009, en concluant à son annulation et au maintien de la rente d'invalidité. Il fait valoir que son état de santé s'est aggravé et conteste la capacité de travail exigible retenue par l'OAI dans une activité adaptée. Il sollicite la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, tant somatique que psychique. A l'appui de son recours, l'assuré a produit différents rapports médicaux, dont un certificat médical du Dr F._____ du 8 juin 2009, attestant qu'il a développé de l'arthrose au niveau de la cheville droite ensuite de son accident de 1998. Dans sa réponse du 23 juillet 2009, l'OAI conclut au rejet du recours. Il s'oppose à la réalisation d'une nouvelle expertise, estimant que le dossier médical est suffisamment complet et que le certificat du Dr F._____ produit par le recourant n'est pas de nature à modifier les limitations fonctionnelles retenues lors de l'examen clinique au SMR du 13 juillet 2005. Dans un échange d'écritures subséquent, les parties ont confirmé leurs conclusions. Le juge instructeur a confié la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire au Centre Z._____. Dans leur rapport du 12 juillet 2010, les Drs [...], chirurgien orthopédique, [...], psychiatre et psychothérapeute, et [...], neurologue, posent les diagnostics de status après cure de hernie discale L4-L5 gauche, de lombalgies résiduelles sur troubles statiques et dégénératifs lombaires (présentes depuis 1999/2000), d'ancienne fracture comminutive du fémur distal à droite, d'ancienne fracture transverse du fémur droit, d'état après traitement chirurgical de ces deux fractures (amyotrophie de la cuisse, limitations de la flexion du genou droit, développement d'une gonarthrose droite), d'ancienne fracture de l'astragale, d'enraidissement de l'arrière pied (arthrose tibio-tarsienne et astragalo-scapoïdienne), de status après cure pour syndrome du tunnel carpien gauche (20 décembre 1999), d'hypoacousie bilatérale appareillée, d'ancienne lésion du médus droit, d'arthropathie destructrice de l'interphalangienne distale du médus droit, d'ancienne fracture de l'avant-bras à droite et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique. Ils exposent en outre ce qui suit: " Sur le plan neurologique , les éléments à notre disposition permettent de conclure que Monsieur X._____ présente actuellement des lombalgies modérées en relation avec des troubles statiques et dégénératifs disco-vertébraux sans évidence d'atteinte radiculaire associée. Une telle évolution est classiquement rencontrée après une intervention chirurgicale. Pour ce qui est de l'atteinte du nerf médian gauche au niveau du canal carpien, l'évolution a été tout à fait favorable. L'anamnèse et l'examen clinique ne démontrent pas de symptômes/signes d'atteinte du système nerveux central, tel qu'un syndrome post-commotionnel/contusionnel faisant suite à l'événement accidentel du 18.12.1998. Sur le plan thérapeutique, il n'y a lieu que de poursuivre le traitement actuellement en cours. Il est possible que, de temps à autres, il soit nécessaire de réintroduire des séances de physiothérapie/balnéothérapie en cas d'aggravation momentanée des douleurs. Sur le plan de la capacité de travail, en l'absence de plaintes à caractère franchement neurologique aux niveaux des membres supérieurs et inférieurs, il n'y a pas de pathologie neurologique significative susceptible de représenter une cause d'incapacité de travail dans l'activité exercée antérieurement ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible. Néanmoins, si l'on prend en compte les troubles dégénératifs lombaires, on doit admettre que la capacité de travail de Monsieur X._____ en tant que paysan indépendant, ne dépasse pas 50% en raison d'une perte de rendement

liée aux limitations fonctionnelles. S'agissant de l'activité de moniteur de ski, le status après cure de hernie discale et les plaintes persistantes au niveau lombaire représentent une cause d'incapacité de travail totale dans cette composante de l'activité exercée préalablement par Monsieur X. _____. Dans une activité adaptée, ne nécessitant pas un engagement physique lourd, le port régulier de charges de plus de 10kg, des mouvements de torsion violente du tronc et des déplacements importants en terrain inégal et autorisant des changements relativement fréquents de position assis/debout, la capacité de travail de Monsieur X. _____ est de 75%. Sur le plan orthopédique, au niveau de l'appareil locomoteur, il existe un nombre certain de limitations fonctionnelles qui sont les suivantes:

1. Les séquelles constatées empêchent: les marches de très longues durées, les stations debout de très longues durées, les marches sur terrain inégal, les positions accroupies, les positions symétriques à genoux.
2. Il y a également des difficultés, voire une impossibilité pour le port de charges lourdes et le port de charges moyennes.
3. La déformation du médius droit serait gênante pour l'utilisation de la main droite pour des travaux fins.

Nous voyons donc que l'activité de paysan de montagne n'est plus réalisable. Des éléments essentiels de cette activité sont devenus impossibles. Dans les expertises précédentes (2005 et 2006) une capacité de 30% avait été retenue dans cette profession. Nous ne pouvons pas suivre nos collègues sur ce point, car les limitations physiques sont trop importantes et nous ne pouvons pas imaginer un paysan de montagne qui ne peut pas traire des vaches. Nous partageons l'opinion du Dr V. _____ en ce qui concerne la profession de professeur de ski. Elle n'est plus réalisable. Une activité adaptée est réalisée tenant compte des limitations décrites. Par rapport à son activité précédant 1998 Monsieur X. _____ nous décrit une capacité de travail ne dépassant pas 50%. Il doit par contre faire appel à des intervenants externes. Théoriquement une capacité de travail plus élevée pourrait être obtenue dans une profession parfaitement adaptée. Nous pensons 75% en tenant compte des limitations indiquées. Sur le plan psychique, sur la base de ces éléments, on peut retenir un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00). Les plaintes sont moins importantes que l'observation clinique. Monsieur X. _____ a beaucoup de peine à exprimer ses émotions. Le trouble dépressif est au moins présent depuis 2005, puisqu'il avait été mentionné une prescription de Seropram dans le rapport de l'examen rhumato-pathologique pratiqué cette année-là. Depuis plusieurs années, il ne prend plus d'antidépresseur. A notre avis, la prescription de ce traitement se justifie. Monsieur X. _____ dit que son état n'est pas aussi grave que celui qu'il avait ressenti lorsque cette prescription avait été instaurée, mais il rapporte toutefois une amélioration clinique avec ce type de traitement. Il n'y a pas de comorbidités manifestes. Il n'y a pas non plus notamment de troubles anxieux particuliers. Monsieur X. _____ décrit une timidité, mais il n'y a pas de raison d'en retenir soit une phobie sociale, ni une personnalité évitante. Il n'a pas de trait psychopathologique particulier, notamment pas de personnalité à structure psychotique. Au vu de son état psychique, Monsieur X. _____ ne présente pas de limitation fonctionnelle dans son activité d'agriculteur ou de moniteur de ski. Il peut travailler 8 heures par jour, sans diminution de rendement. Il a toujours travaillé dans la campagne et il a repris l'exploitation agricole familiale. Il y a un attachement très important au domaine familial. Avec les années, suite à ses problèmes de santé et des changements législatifs, il a été de plus en plus difficile de la maintenir, raison pour laquelle il a dû se faire aider. Monsieur X. _____ a aussi dû se séparer d'une partie de son bétail et il ne livre plus officiellement du lait. Il décrit aussi que son activité professionnelle contribue à son équilibre psychique en atténuant les ruminations et la fatigue. Monsieur X. _____ a

une certaine capacité d'adaptation puisqu'il a exercé comme moniteur de ski. Toutefois il s'agit d'une activité proche de son domicile, s'exerçant dans un environnement qui lui était connu. En revanche, il aurait beaucoup de peine à mobiliser ses ressources personnelles en vue d'une réadaptation professionnelle en raison d'un caractère introverti, de son âge, de son attachement à son environnement rural qui le stabilise et à son faible niveau de formation et de scolarité. La contrainte de se séparer de son exploitation agricole représenterait certainement un facteur à risque de décompensation psychique plus sévère". Invité à se déterminer sur cette expertise, le recourant n'a pas formulé de remarque particulière. Dans ses déterminations du 29 juillet 2010, l'OAI se réfère à un nouvel avis du SMR du 22 juillet précédent, lequel constate qu'il n'existe aucune pathologie neurologique ou psychiatrique invalidante et que la capacité de travail exigible s'élève à 75% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles orthopédiques. L'OAI en déduit que la situation actuelle est stabilisée et superposable à celle qui existait lors des expertises effectuées en juillet 2005 et février 2006, et confirme donc ses conclusions en rejet du recours. E n d r o i t : 1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme. 2. Est litigieuse en l'espèce la question de la suppression de la rente d'invalidité en procédure de révision. 3. a) L'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que, 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. Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité. Constitue un motif de révision n'importe quel fait propre à entraîner une modification du degré d'invalidité. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé de l'assuré, 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 133 V 545 consid. 6.3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Le point de savoir si un tel 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 reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108; TF 9C_765/2009 du 29 mars 2010, consid. 2.2). b) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens

complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; cf. aussi TF 9C_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; TF 4A_412/2010 du 27 septembre 2010, consid. 3.2). En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2). c) En l'espèce, l'OAI considère que le recourant a recouvré une capacité de travail exigible de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, de sorte que le maintien de la rente d'invalidité octroyée par décision initiale du 10 juin 2003 ne se justifie pas. Il fait ainsi siennes les conclusions du rapport d'examen rhumatologique du SMR du 18 juillet 2005. Le recourant conteste cette appréciation, en se prévalant essentiellement de l'avis de son médecin traitant, le Dr F._____. En comparant la situation du recourant telle qu'elle se présentait au moment où il a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité avec celle qui prévalait au moment où le droit à la rente a été supprimé, il est indéniable que l'assuré est toujours fortement entravé dans la poursuite de ses activités habituelles (agriculteur indépendant et moniteur de ski), en raison principalement de ses problèmes de dos et au genou droit. Il ressort néanmoins du dossier que son état de santé s'est amélioré au printemps 2004, suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse intervenue en novembre 2003, ainsi que le relèvent le Dr B._____ dans un premier temps, puis le Dr P._____ du SMR. Cela étant, il résulte du rapport d'expertise du Centre Z._____ du 12 juillet 2010 que le recourant présente des lombalgies résiduelles modérées et que l'évolution de l'atteinte du nerf médian gauche au niveau du canal carpien a été tout à fait favorable. Les experts relèvent qu'il n'existe pas de pathologie neurologique susceptible d'influer sur la capacité de travail et jugent la poursuite du traitement en cours suffisante. D'un point de vue psychique, ils retiennent le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique, existant depuis 2005. Ils constatent toutefois que l'assuré ne prend plus d'antidépresseurs depuis plusieurs années et qu'il ne présente pas de comorbidités manifestes, de troubles anxieux particuliers, de phobie sociale ou de personnalité évitante, ni de trait psychopathologique particulier. Ils ne retiennent par conséquent que des limitations fonctionnelles d'ordre somatique et concluent à une capacité de travail exigible de 75% dans une activité

répondant à celles-ci. Cette expertise satisfait en tous points aux critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra, consid. 3b). Elle s'avère complète, fouillée et nuancée, a été établie par des spécialistes indépendants au terme d'un examen approfondi, et ses conclusions sont dûment motivées. Celles-ci rejoignent par ailleurs pour l'essentiel les conclusions du Dr P. _____ du SMR, sur lequel se fonde la décision litigieuse, ainsi que celles du Dr V. _____, qui retient une capacité de travail exigible d'au moins 50% dans une activité légère. Ainsi, l'avis du Dr R. _____, qui se limite à la problématique lombaire, et celui du Dr F. _____, seul médecin à retenir une incapacité de travail totale dans toute activité, ne permettent pas de mettre sérieusement en doute l'appréciation du Centre Z. _____, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Quant au Dr B. _____, il ne se prononce pas sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. En conséquence, il y a lieu de retenir que l'état de santé du recourant s'est notablement amélioré depuis la décision d'octroi de rente du 10 juin 2003, dès lors qu'il a recouvré une capacité de travail exigible de 75% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. C'est donc à bon droit que l'OAI a procédé à une révision du droit à la rente. 4. a) S'agissant du calcul du préjudice économique, non contesté par le recourant, la comparaison des revenus telle qu'effectuée par l'OAI – favorable au recourant dans la mesure où elle se fonde sur une capacité de travail exigible de 70% – doit être confirmée. Il en résulte un revenu sans invalidité de 38'250 fr., calculé sur la base des documents comptables figurant au dossier, qui, comparé au revenu avec invalidité de 32'371 fr. 45 établi conformément aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique, correspond à un taux d'invalidité global de 15%, qui se calcule comme suit: $(38'250 \text{ fr.} - 32'371 \text{ fr.} 45) \times 100 / 38'250 \text{ fr.}$. Ce taux, inférieur à 40%, est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). b) Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'OAI a mis un terme à ses prestations au deuxième mois suivant la notification de la décision attaquée (cf. art. 88bis al. 2 let. a RAI). 5. En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. Les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36] et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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