

VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 418 vom 23. Mai 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-05-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__418

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 418 du 23 mai 2012

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 418 del 23 maggio 2012

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, MESURE DE RÉADAPTATION{ASSURANCE SOCIALE}, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, FRAIS JUDICIAIRES | 30 al. 3 Cst., 28 al. 2 LAI, 4 LAI, 69 al. 1bis LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 43 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 23.05.2012 Arrêt / 2012 / 418

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, MESURE DE RÉADAPTATION{ASSURANCE SOCIALE}, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, FRAIS JUDICIAIRES | 30 al. 3 Cst., 28 al. 2 LAI, 4 LAI, 69 al. 1bis LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 43 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 144/11 - 193/2012 ZD11.018321 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 23 mai 2012 _____ Présidence de Mme Pasche Juges : MM. Jomini et Merz Greffière : Mme Pradervand ***** Cause pendante entre : P. _____, à [...], recourant, représenté par Me Stéphane Rey, avocat à Genève, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7, 8, 16, 17, 43 et 61 let. c LPGA; 4, 28 al. 2, 69 al. 1 bis LAI; 30 al. 3 Cst E n f a i t : A. a) P. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1954, a travaillé comme cuisinier au service d'un restaurant de [...], du 1 er juillet 1999 au 30 avril 2001. Le 22 août 2000, il a été victime d'un accident de la circulation alors qu'il circulait au guidon de sa moto. Il a subi une entorse du poignet droit avec déchirure du ligament pyramido-lunaire ainsi qu'une entorse grave du poignet gauche avec fracture-arrachement de la face dorsale du pyramidal, fracture du scaphoïde, déchirure du ligament pyramido-lunaire et de l'insertion radiale du ligament triangulaire du carpe et fracture de la styloïde cubitale. Il a été traité par le Dr Q. _____. Le cas a été pris en charge par l'assureur-accidents, X. _____ SA (ci-après: X. _____ SA). Dans un rapport du 6 février 2001, le Dr M. _____, neurologue, a exposé que le patient lui avait été adressé en raison d'acroparesthésies bilatérales prédominant largement à gauche qui faisaient penser à un syndrome du tunnel carpien bilatéral. L'anamnèse mentionnait l'apparition de sensations d'oppression rétrosternale associées à une impression de manque d'air provoquant des paresthésies des quatre extrémités et péri-orales. Après avoir procédé à un examen neurographique et à une électromyographie, le neurologue a confirmé l'hypothèse d'une souffrance sensitivo-motrice

du nerf médian au niveau du tunnel carpien des deux côtés et prédominant légèrement à gauche. Le 26 février 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes tendant à un reclassement dans une nouvelle profession, à des mesures médicales de réadaptation et à une rente, en raison des suites de son accident du 22 août 2000. Le Dr Q._____ l'a opéré le 28 mars 2001 au poignet gauche pour résection arthroplastique de la première rangée des os du carpe, dénervation du carpe selon Wilhelm modifiée, décompression du tunnel carpien et neurolyse in situ du nerf médian. Dans son rapport médical à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) du 4 avril 2001, le Dr Q._____ a fait état d'une incapacité de travail totale dès le 22 août 2000 dans la profession de cuisinier. Selon le questionnaire pour l'employeur du 25 avril 2001, l'assuré avait œuvré du 25 avril 1998 au 30 juin 1999 pour le compte du restaurant G._____ comme cuisinier, pour un salaire de 3'980 fr. par mois. Il avait en outre été employé du 1^{er} juillet 1999 au 30 avril 2001 auprès du restaurant J._____, et percevait à ce titre un salaire mensuel de 4'000 fr. (cf. questionnaire pour l'employeur du 15 juin 2001). Dans son rapport médical du 5 juin 2001 à l'OAI, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics de dissociation scapho-lunaire du poignet gauche et de cal vicieux après fracture du scaphoïde gauche, précisant ne plus avoir vu le patient depuis le 31 octobre 2000. Après avoir soumis l'assuré à l'expertise du Dr T._____, spécialiste en chirurgie, lequel a rendu deux rapports datés des 4 septembre 2001 et 21 février 2003, X._____ SA a décidé de lui allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux de 25% et de le mettre au bénéfice d'une rente complémentaire d'invalidité à 100% dès le 1^{er} mai 2003 (cf. décision du 9 avril 2003 remplacée par celle du 6 mai 2003). Par projet d'acceptation de rente du 8 mars 2002, l'OAI a pour sa part préavisé en faveur de l'octroi d'une rente fondée sur un degré d'invalidité de 84%, en retenant ce qui suit: « Suite à un accident survenu le 22 août 2000, vous avez présenté une incapacité totale de travail. A l'issue du délai de carence d'une année prévu à l'art. 29, 1^{er} al. LAI, soit le 22 août 2001, vous êtes toujours en incapacité de travail. Suite au stage effectué au Centre R._____, nous avons évalué votre capacité de travail et de gain dans une activité adaptée. Votre degré d'invalidité découle du calcul suivant: francs Revenu provenant d'une activité lucrative, sans invalidité 53560.00 Revenu provenant d'une activité raisonnablement exigible, avec invalidité 8625.00 Manque à gagner/degré d'invalidité 44935.00 = 83,89% A partir du 1^{er} août 2001, vous avez droit à une rente de l'AI basée sur un degré d'invalidité de 84%, sous déduction des périodes pendant lesquelles des indemnités journalières AI ont été versées.» Par décision du 18 novembre 2002, l'OAI a confirmé son projet de décision. Le 27 juin 2003, le Dr V._____, qui avait prodigué des soins d'acupuncture à l'assuré, a transmis à l'assureur-accidents un rapport médical dans lequel il a indiqué que son patient était atteint de fibromyalgie avec dorsalgies ainsi que de séquelles douloureuses du poignet gauche à la suite d'un accident et d'une opération. Par lettre du 28 juillet 2003, X._____ SA a informé l'assuré qu'elle n'interviendrait pas pour la fibromyalgie avec dorsalgies, estimant que cette affection était étrangère à l'accident en question. b) Procédant d'office à la révision de la rente, l'OAI a interpellé l'assuré. Ce dernier a indiqué le 31 mars 2005 que son état de santé était toujours le même. Dans son rapport médical du 30 mai 2005 à l'OAI, le Dr F._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de dissociation du scapho-lunaire du poignet gauche avec cal vicieux sur fracture du scaphoïde, de tunnel carpien à gauche opéré et de fibromyalgie, estimant l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et la capacité de travail de 25 à 30% dans un travail

très léger permettant l'alternance des positions assis-debout. Par communication du 7 juillet 2005, l'OAI a fait savoir à l'assuré que la rente était maintenue sans modification du droit.

c) Interpellé par X. _____ SA le 29 novembre 2006 pour savoir si l'évolution de l'état de santé de l'assuré permettait à ce dernier la reprise d'une activité professionnelle, le Dr Q. _____ a répondu que l'intéressé souffrait de douleurs résiduelles, fréquentes après le type d'intervention qu'il avait subie. Il a estimé en outre que, dans une activité parfaitement adaptée, il pourrait avoir une capacité de travail totale (cf. rapport médical du 5 décembre 2006). Dès lors, l'assureur-accidents a soumis l'assuré à l'expertise du Dr C. _____, spécialiste en chirurgie de la main, lequel a rendu son rapport le 14 mai 2007. Selon les conclusions de l'expert, l'assuré n'était durablement plus apte à exercer son ancienne profession de cuisinier. Il devait éviter les mouvements répétitifs des mains ou des poignets, les terrains accidentés, toute activité s'exerçant sur les toits ou impliquant l'utilisation d'une échelle, le port de charges supérieures à 5 kilos ainsi que les activités nécessitant des appuis en extension sur les poignets. Par ailleurs, toujours de l'avis de l'expert, l'assuré devrait pouvoir exercer une activité adaptée, respectant ces limitations, avec un taux d'occupation d'au moins 50% et probablement jusqu'à 80%. Dans un certificat du 17 septembre 2007, le Dr F. _____, médecin traitant de l'assuré, a estimé que l'état de ce dernier n'était pas stabilisé et qu'il pouvait encore s'aggraver, notamment dans la capacité fonctionnelle. Nonobstant cet avis, se fondant sur les conclusions du Dr C. _____, X. _____ SA a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 29% et réduit son droit à une rente d'invalidité en conséquence à partir du 1^{er} janvier 2008 (cf. décision du 29 octobre 2007). Le 28 janvier 2008, l'assureur-accidents a en outre rejeté l'opposition que l'assuré avait formulée contre ce prononcé. Pour sa part, l'OAI a entrepris la révision d'office du droit à la rente de l'assuré le 4 août 2007. Dans le questionnaire pour la révision de la rente qu'il a adressé à cet office, l'assuré a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis environ un an, avec des douleurs plus fortes aux mains. Dans un rapport médical du 22 août 2007 à l'OAI, le Dr F. _____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cal vicieux à la suite d'une fracture du scaphoïde du poignet gauche et de dissociation du scapho-lunaire du poignet gauche. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a fait état d'une maladie de Forestier, d'une opération du tunnel carpien droit en 2006 et de fibromyalgie. Il estimait que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Selon un certificat du Dr F. _____ du 17 septembre 2007, il persistait une impotence fonctionnelle importante et des douleurs, l'état du patient n'étant pas stabilisé et pouvant encore s'aggraver. Par avis médical du 5 novembre 2007, le Dr S. _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a relevé que l'expertise du Dr C. _____ était probante, que l'incapacité de travail était totale dans l'activité de cuisinier, mais que l'assuré avait une capacité de travail exigible de 50% à compter du 10 mai 2007 dans une activité adaptée, avec une augmentation progressive de 10% par mois jusqu'à 80%. Saisi d'un recours contre la décision sur opposition du 28 janvier 2008 de X. _____ SA, le Tribunal cantonal des assurances sociales de la République et canton de Genève l'a partiellement admis et fixé le droit de l'assuré à une rente correspondant à un degré d'invalidité de 38% dès le 1^{er} janvier 2008 (cf. jugement du 26 mars 2009). Il a considéré en substance que l'expertise du Dr C. _____ était probante, que X. _____ SA avait à juste titre admis une capacité de travail résiduelle de 65% dans une activité adaptée, appliquant ainsi la valeur moyenne de la fourchette de 50 à 80% évaluée par l'expert, qu'il convenait de fixer le revenu sans invalidité à 53'733 fr. 75 en 2007 et de tenir compte d'un revenu basé sur l'ESS, à 65%, de

33'229 fr. 05, compte tenu d'un abattement de 15%, conduisant à l'admission partielle du recours en ce sens que l'assuré avait droit à une rente de l'assurance-accidents correspondant à un taux d'invalidité de 38% dès le 1^{er} janvier 2008. Selon une note de premier entretien de l'OAI du 27 juin 2008, l'assuré s'estimait incapable de travailler dans quelque activité que ce soit. Il se limitait à promener son chien et à méditer. Par arrêt du 18 février 2010 (8C_377/2009), le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre la décision des juges genevois du 26 mars 2009. Il a retenu en substance que, selon la vraisemblance prépondérante, il n'existait pas de lien de causalité naturelle entre la fibromyalgie alléguée par l'assuré et l'accident en cause. Il a encore observé qu'il y avait lieu de reconnaître pleine valeur probante aux conclusions de l'expertise du Dr C. _____ et qu'en particulier, les avis des médecins traitants du recourant n'étaient pas de nature à battre en brèche cette appréciation. Le Tribunal fédéral a encore noté que le calcul du degré d'invalidité auquel avaient procédé les premiers juges ne prêtait pas flanc à la critique. Il a en outre rappelé avoir retenu à de très nombreuses reprises que les données ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) recouvraient un large éventail d'activités simples et répétitives dont on devait admettre qu'un nombre significatif était adapté à des handicaps tels que ceux dont souffrait l'intéressé (TFA I 397/05 du 5 juillet 2006; cf. aussi notamment, I 112/06, I 111/06, I 372/06 et I 700/05 des 16 août, 19 avril, 25 et 12 janvier 2007), si bien que l'on ne pouvait faire grief à la juridiction cantonale d'avoir violé le droit fédéral en faisant référence à des emplois nécessitant des mouvements répétitifs de la main gauche. C'était en outre à tort que le recourant se plaignait de ce que le jugement attaqué retenait une limitation du port de charges le concernant de 5 kilos au lieu de 500 grammes, les premiers juges n'ayant fait que se référer à l'avis de l'expert C. _____ dont il avait été admis qu'il fallait lui reconnaître pleine valeur probante. Le Tribunal fédéral a encore noté qu'en s'arrêtant au taux moyen de la fourchette d'activité exigible indiquée par l'expert médical (entre 50% et 80%), les autorités précédentes n'avaient pas abusé de leur pouvoir d'appréciation. Ledit expert ayant précisé que la valeur supérieure devrait probablement être atteinte, le taux retenu se révélait d'ailleurs plutôt favorable au recourant. S'agissant en dernier lieu de la réduction du montant des salaires ressortant des statistiques en vue de fixer le gain d'invalidité en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, le Tribunal fédéral a confirmé que si le taux de réduction retenu par les premiers juges (15%) pouvait certes apparaître peu généreux, il demeurerait toutefois soutenable et n'avait pas à être modifié. B. Poursuivant l'instruction du cas, l'OAI a soumis le dossier de l'assuré au SMR. Par avis médical du 8 février 2010, le Dr S. _____ a relevé que le diagnostic de fibromyalgie était mentionné pour une première fois en juin 2003 par le Dr V. _____, qui estimait que l'évolution était favorable et mettait ainsi fin au traitement. Ce terme réapparaissait dans un rapport du Dr F. _____ en août 2007 dans la rubrique «diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail». Le Dr S. _____ indiquait à cet égard n'en avoir dès lors pas tenu compte, la même remarque valant pour l'opération du tunnel carpien droit. Quant à la maladie de Forestier, elle n'avait pas d'incidence sur le taux retenu. Le Dr S. _____ concluait que seules les limitations fonctionnelles objectives telles que décrites dans l'expertise du Dr C. _____ devaient être prises en compte. Selon rapport final du 8 mars 2010, l'assuré aurait pu réaliser un revenu annuel brut de 57'650 fr. en 2007 dans son ancienne activité (selon rapport de l'employeur du 15 juin 2001, indexé). Son revenu à 80% dans une activité adaptée était quant à lui estimé à 40'898 fr. en 2007. Par projet de décision du 11 mars 2010, l'OAI a préavisé en faveur de la suppression de la rente d'invalidité, retenant ce qui suit sous le titre «résultat de nos constatations»: « Vous avez été mis au

bénéfice d'une rente entière AI depuis le 1er août 2001, votre degré d'invalidité ayant été fixé à 84%. En date du 4 août 2007, nous avons procédé à la révision de votre dossier et suite aux investigations médicales qui ont été entreprises, il ressort que votre capacité de travail est de 50% dès le 10 mai 2007 et de 80% après une augmentation progressive de 10% par mois. Suite à l'entretien que vous avez eu avec une collaboratrice de notre division de réadaptation le 27 juin 2008, vous estimez ne plus être en mesure de travailler dans quelque activité que soit en raison de votre état de santé. Par conséquent, des mesures d'ordre professionnel sont pour l'instant vouées à l'échec. Au vu de ce qui précède, nous nous voyons dans l'obligation de procéder à une approche théorique des gains. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4'732.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4'732.00 X 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+ 1.6% ; La Vie économique, 10-2006, p.91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 60'144.48 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 80%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 48'115.58 par année. Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126V 80 consid.5b/cc). Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidité est justifié. Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 40'898.24. Sans vos problèmes de santé vous pourriez prétendre réaliser, dans votre activité de cuisinier un revenu annuel pour 2007 de CHF 57'650.00. Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible: sans invalidité CHF 57'650.00 avec invalidité CHF 40'898.25 La perte de gain s'élève à CHF 16'751.75 = un degré d'invalidité de 29.05% Le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, le droit à la rente s'éteint. Notre décision est par conséquent la suivante : La rente sera supprimée dès le premier jour du 2ème mois qui suit la notification de la décision.» L'assuré, par son conseil, a fait part de ses observations sur le projet de décision précité par courrier du 29 mars 2010, en faisant notamment état d'un suivi auprès du Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne générale. L'OAI a dès lors prié ce médecin de compléter un rapport médical. Dans son rapport médical du 3 septembre 2010, le Dr Z. _____ a posé les diagnostics avec effet

sur la capacité de travail de troubles douloureux chroniques (F45.4), de probable fibromyalgie, de status après cure du tunnel carpien droit, de status après résection de la première rangée des os du carpe, dénervation du poignet, neurolyse du nerf médian pour syndrome du tunnel carpien gauche, et de status après fracture du scaphoïde gauche et lésion ligamentaire suite à un accident de la circulation. Il faisait état, sans répercussion sur la capacité de travail, de cervico-dorsolombalgies chroniques sur troubles statiques dorsolombaires et discopathie cervicale bilatérale. Il relevait que l'incapacité de travail était de 100% depuis août 2000 dans la profession de cuisinier, en indiquant que la symptomatologie douloureuse et l'incapacité subjective de porter des charges l'empêchaient totalement d'exercer une profession de cuisinier. Dans une activité adaptée, le Dr Z. _____ a noté que, sur le plan théorique, une activité sans port de lourdes charges et sans contrainte importante au niveau des membres supérieurs serait possible mais difficile à chiffrer. Le Dr Z. _____ a encore indiqué suivre l'assuré depuis le 23 mars 2010, et que ce dernier avait été suivi de 2000 à 2006 par le Dr Q. _____, et de 2006 à 2010 par le Dr F. _____. Le Dr Z. _____ a joint à son rapport médical, un rapport de la Dresse N. _____, neurologue, du 4 juin 2010 à son attention, qui concluait que l'examen clinique montrait un syndrome cervical sans déficit radiculaire aux membres supérieurs, sans parésie ni troubles sensitifs. Quant aux lombalgies, elles étaient corrélées à une rectitude modérée du segment lombaire mais sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Les radiographies de la colonne dorsale face et profil réalisées le 30 août 2010 montraient un aspect radiologique normal, avec de discrets troubles statiques mais pas de lésion lytique ou autre visible (cf. rapport médical du Dr D. _____, radiologue, du 30 août 2010). Quant à la radiographie de la colonne lombaire, elle a permis de conclure à des troubles statiques modérés et une discopathie L5-S1 sans autre lésion évidente, l'IRM cervicale du 22 juin 2010 ayant conduit à constater la présence de discopathies C3-C4 paramédianes gauches et C4-C5 paramédianes droites en contact avec la face antérieure du cordon médullaire, mais sans signe de myélopathie sous-jacente ni d'autre pathologie qui pourrait expliquer les symptômes actuels du patient (cf. rapport médical du Dr D. _____ du 22 juin 2010). Par avis médical du 1^{er} octobre 2010, le Dr S. _____ du SMR a relevé que toutes les pathologies dont le Dr Z. _____ avait fait état étaient antérieures à 2003, rappelant qu'il n'était pas contesté que l'assuré ne pouvait plus travailler comme cuisinier. Par décision du 8 avril 2011, l'OAI a supprimé la rente de l'assuré dès le premier jour du deuxième mois suivant sa notification, retenant qu'il présentait un degré d'invalidité de 24% (revenu sans invalidité de 53'939 fr.; revenu avec invalidité de 40'898 fr. 25), insuffisant pour maintenir le droit à une rente. Le même jour, il a adressé un courrier explicatif à l'assuré, dans lequel il a exposé que le rapport médical du Dr Z. _____ ne faisait pas ressortir d'élément ni de diagnostic nouveau, que le diagnostic de fibromyalgie n'avait jamais été établi de manière circonstanciée, qu'en tous les cas, il ne paraissait pas en remplir les critères, que la capacité de travail se montait à 80%, la capacité de travail de 65% retenue par X. _____ SA ne reflétant selon l'OAI pas les réelles conclusions de l'expertise du Dr C. _____. L'OAI précisait encore que dès lors qu'il touchait un revenu servi 12 fois et non 13 fois l'an avant l'atteinte à la santé, son revenu sans invalidité était de 53'939 fr. Le revenu avec invalidité était pour sa part de 40'898 fr. 24, ce qui donnait un taux d'invalidité de 24%. L'OAI notait enfin que même s'il avait pris en considération un taux d'occupation de 65%, le taux d'invalidité se monterait alors à 38%, ce qui serait toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. C. Par acte du 16 mai 2011, P. _____, par son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des

assurance sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation, si bien qu'il doit être mis au bénéfice d'une rente entière. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, l'audition des Drs Q._____ et F._____, et que sa comparution personnelle soit ordonnée. En substance, il conteste l'appréciation que l'intimé a faite de sa capacité résiduelle de travail. Il estime en particulier que l'affection de fibromyalgie a été indûment ignorée et que ses limitations fonctionnelles n'ont pas été prises en compte. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, il conteste les revenus avec et sans invalidité, ainsi que l'abattement, qui aurait dû selon lui s'élever à 20%, compte tenu de son âge et de son état de santé notamment. Il fait enfin valoir que vu sa longue période de désintégration professionnelle notamment, ses chances de réintégrer par ses propres moyens le marché du travail semblent aléatoires. Dans sa réponse du 8 juillet 2011, l'OAI propose le rejet du recours. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances sociales institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Il s'en suit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté selon l'écriture du 16 mai 2011 par P._____ contre la décision de suppression de rente d'invalidité rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 8 avril 2011. Formé dans le délai légal de 30 jours dès sa notification, le recours doit être considéré comme interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il convient donc d'entrer en matière. 2. En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 131 V 164; 125 V 410 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). En l'espèce, le litige porte sur la suppression du droit de l'intimé à une rente entière d'invalidité par voie de révision, à compter du 1^{er} juin 2011, à teneur de la décision du 8 avril 2011. 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). Est réputée 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 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) 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 conformément à l'art. 17 LPGA. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. 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. 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 (TFA I 408/05 du 18 août 2006, consid. 3.1 et les références). 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 371 consid. 2b; 112 V 387 consid. 1b). 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 p. 110; voir également 125 V 368 consid. 2 p. 369 et la référence; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009, consid. 2.1). c) En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un des assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. Peuvent constituer des motifs suffisants de s'écarter d'une telle évaluation le fait que celle-ci repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA U 298/2003 du 30 décembre 2004; ATF 126 V 288 consid.

2d; VSI 2004 p. 185 consid. 3; RAMA 2001 no U 410 p. 73 ss. consid. 3, 2000 no U 406 p. 402 ss. consid. 3). Dans un arrêt publié aux ATF 133 V 549, le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité en assurances sociales en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas force de chose contraignante pour l'assurance-invalidité au sens de l'ATF 126 V 288, et que l'assurance-invalidité n'est dès lors pas liée de manière absolue par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de la jurisprudence précitée (cf. ATF 133 V 549 consid. 6; voir également TF 9C_343/2007 du 4 février 2008). 4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2; 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). 5. A ce stade, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis la décision d'octroi de rente AI du 18 novembre 2002, justifiant la suppression de cette prestation décidée par l'office intimé le 8 avril 2011. Pour déterminer si l'état de santé du recourant s'était amélioré de manière à entraîner une modification de son taux d'invalidité, et partant de son droit à la rente, l'intimé s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise du Dr C. _____ du 14 mai 2007. Dans le cadre de son examen, le Dr C. _____ a évalué différentes activités combinées et est arrivé à la conclusion que le patient était capable de prendre un livre (un kilo) et de rechercher une page à l'intérieur, d'utiliser un clavier et de faire un calcul sur une petite machine à calculer, d'allumer du premier coup un briquet indépendamment de la main droite ou de la main gauche, de dévisser et revisser le bouchon d'une bouteille déjà ouverte, de procéder à des manipulations

fines comme le triage et l'alignement d'une série de huit trombones, opération qui était aisée de la main droite et plus fastidieuse de la main gauche, et de soulever un objet volumineux, à savoir une chaise légère, en utilisant les deux mains. Il a examiné des radiographies du 10 mai 2007 et a conclu que l'aspect du poignet droit était celui d'un poignet subnormal après une entorse luno-triquétrale et que le poignet gauche présentait un aspect habituel six ans après la résection de la première rangée des os du carpe, sans évolution arthrosique particulière. Il a précisé que le poignet droit ne montrait que des séquelles mineures d'une entorse luno-triquétrale. Il a considéré que les limitations fonctionnelles du poignet ainsi que de la main à droite étaient minimales puisqu'elles n'excédaient pas 10% de la capacité fonctionnelle normale. Du côté gauche, la limitation fonctionnelle pouvait être évaluée à 50% d'un poignet normal selon l'expérience habituelle après résection de la première rangée des os du carpe. Par conséquent, il en résultait une capacité résiduelle exploitable dans le cadre d'un recyclage dans une activité adaptée. L'expert a confirmé que l'incapacité de travail était complète et définitive dans l'activité de cuisinier. Il a en revanche considéré qu'une autre activité était parfaitement exigible du recourant et devrait pouvoir être exercée à 50% au moins, voire à 80%, étant précisé qu'il faudrait éviter les mouvements répétitifs des mains ou des poignets, les terrains accidentés, la montée sur des toits ou l'utilisation d'une échelle, le soulèvement de charges supérieures à 5 kilos et les activités nécessitant des appuis en extension sur les poignets. Des activités telles que la vente (sans manutention lourde), la réception, la vidéosurveillance ou des activités analogues lui paraissaient des objectifs réalistes. Le Dr C._____ a rédigé son rapport après avoir étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes du recourant, procédé à un examen clinique ainsi qu'à des nouvelles radiographies des poignets. Il s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé du recourant et sur sa capacité de travail. Il retient principalement les mêmes limitations fonctionnelles que le Dr Q._____ et son rapport ne contient pas de contradictions puisque, si le recourant, qui est droitier, présente des limitations fonctionnelles de 50% à la main gauche et de 10% à la main droite, il apparaît cohérent de lui reconnaître une capacité résiduelle de travail de plus de 50% dans une activité adaptée. En outre, contrairement à ce que soutient le recourant, l'expert n'avait pas à tenir compte de son âge et de ses difficultés linguistiques pour fixer sa capacité résiduelle raisonnablement exigible étant donné qu'il s'agit de critères étrangers à l'atteinte à la santé. En effet, l'assurance-accidents, l'assurance militaire ou l'assurance-invalidité n'ont pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle, des difficultés d'ordre linguistique ou l'âge (facteurs étrangers à l'invalidité; cf. ATF 107 V 17 consid. 2c; VSI 1999 p. 247 consid. 1; ATFA non publié U 388/01 du 2 décembre 2002, consid. 2.2). Enfin, le Dr C._____ a répondu à toutes les questions du mandat d'expertise en précisant les domaines d'activité dans lesquels il considérait que le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail. Par conséquent, ses conclusions procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances déterminantes ressortant de l'anamnèse, du dossier médical et de l'examen. L'expertise du Dr C._____ peut ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il convient dès lors d'admettre, avec l'expert, que l'état de santé du recourant s'est amélioré de manière notable depuis 2002. S'agissant de la fibromyalgie dont le recourant fait état, et qui n'aurait selon lui pas été prise en compte, il convient de relever qu'aucun médecin n'a posé ce diagnostic de façon circonstanciée. Comme le note en effet le Dr S._____ dans son avis médical du 8 février 2010, le diagnostic de fibromyalgie a été mentionné pour une première fois en juin 2003 par le Dr V._____, qui estimait que

l'évolution était favorable et mettait ainsi fin au traitement. Certes le Dr F. _____ mentionnait ce diagnostic avec effet sur la capacité de travail dans son rapport médical à l'OAI du 30 mai 2005. Pourtant, dans un rapport du 22 août 2007, ce praticien retient que ce diagnostic est sans répercussion sur la capacité de travail. Quant au Dr Z. _____, il mentionne uniquement une «probable» fibromyalgie, sans autre indication (cf. rapport médical du 3 septembre 2010). Il convient dès lors de retenir que le Dr C. _____ admet, dès la date de l'expertise, une capacité de travail résiduelle d'au moins 50% allant même jusqu'à 80% dans une activité adaptée et suivant l'activité effective. Se pose à cet égard encore la question de savoir quel taux de capacité de travail doit être retenu. Pour sa part, X. _____ SA a admis une capacité de travail résiduelle de 65% dans une activité adaptée, appliquant la valeur moyenne de la fourchette de 50 à 80% évaluée par l'expert. Le recourant est également d'avis que c'est un taux de 65% qui devait être retenu. A cet égard, il convient de rappeler que lorsqu'un rapport médical atteste une incapacité de travail sous la forme d'une fourchette de valeurs, il convient en règle générale de se fonder sur la valeur moyenne, ce qui permet d'éviter les inégalités de traitement résultant de ce genre d'évaluation (TF 9C_280/2010 du 12 avril 2011, consid. 4.2; 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 3.3 et I 822/04 du 21 avril 2005, consid. 4.4 et les références). S'il est exact que le Tribunal fédéral a effectivement relevé dans l'affaire opposant le recourant à X. _____ SA que dans la mesure où le Dr C. _____ avait précisé que la valeur supérieure [80%] devait probablement être atteinte, le taux retenu [65%] se révélait plutôt favorable au recourant, il a pourtant considéré qu'en s'arrêtant au taux moyen de la fourchette d'activité exigible indiquée par l'expert médical (entre 50% et 80%), les autorités précédentes n'avaient pas abusé de leur pouvoir d'appréciation. En l'espèce, il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter du taux de capacité résiduelle de 65%. 6. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant. a) A teneur de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. b) L'OAI retient un revenu sans invalidité de 53'939 fr. en 2007, en se fondant sur les renseignements obtenus auprès de l'ancien employeur du recourant et en indexant ce montant. Il apparaît que cette somme, au demeurant plus élevée que celle retenue par l'assureur-accident (53'733 fr. 75) est favorable au recourant. On peine du reste à comprendre pour quel motif celui-ci soutient que son revenu sans invalidité serait de 31'633 fr., montant qui, quant à lui, lui serait clairement défavorable. c) Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalide), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'ESS, publiées par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée. En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide est nécessaire. La

jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75). En l'espèce, le recourant, sans formation professionnelle, a travaillé comme cuisinier. Cette activité est considérée, de l'avis unanime des médecins interrogés, comme n'étant plus adaptée. Il convient par conséquent de se référer aux données de l'ESS 2006, soit 4'732 fr. par mois (ESS 2006, TA1; niveau de qualification 4). A cet égard, et quoi qu'en dise le recourant, compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger et respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier – on constate qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques qu'il présente (cf. TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011, consid. 6.3). En procédant aux adaptations requises pour prendre en considération la durée du travail hebdomadaire dans les entreprises en 2006 (41.7 heures, La Vie Economique, 10-2006, p. 91, tableau B 9.2), on obtient un revenu annuel de 59'197 fr. 32. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+ 1.6%; La Vie économique, 10-2006. p. 91 tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 60'144 fr. 48. Compte tenu d'un taux d'activité de 65% dans une activité adaptée, le salaire hypothétique est dès lors de 39'093 fr. 91. L'intimé a procédé à une déduction de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. Le recourant soutient que l'administration n'a pas tenu suffisamment compte de l'ensemble des circonstances du cas (âge, longue période d'inactivité, capacité de travail résiduelle réduite, limitations fonctionnelles), et qu'il convient de retenir un abattement supérieur à 15%. Or un tel abattement a été considéré comme conforme au droit par le Tribunal fédéral dans l'affaire opposant le recourant à X. _____ SA, quand bien même la haute Cour a relevé que ce taux de réduction apparaissant «peu généreux». Cela étant, le recourant avait 56 ans et demi lors de la décision attaquée. Il s'agit là d'un âge inférieur au seuil à partir duquel le Tribunal fédéral parle d'âge avancé, où l'exercice d'une nouvelle activité adaptée ne peut plus raisonnablement être exigée compte tenu des années de travail restant avant la retraite (TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009, consid. 4.2.2; 9C_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4; 9C_612/2007 du 14 juillet 2008, consid. 5.1). S'il est exact que le recourant n'a plus retravaillé depuis 2000, ses limitations fonctionnelles ne sont, de l'avis du Dr C. _____, pas conséquentes au point de l'empêcher de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle. Ainsi elles sont minimales pour le poignet et la main à droite, et évaluées à 50% d'un poignet normal du côté gauche (cf. rapport d'expertise, p. 7). En outre, il subsiste un taux d'occupation de 65%. L'abattement de 15% retenu par l'intimé ne prête dès lors pas le flanc à la critique. Il en résulte un revenu avec invalidité de 33'229 fr. 85. En comparant ce revenu avec le revenu hypothétique sans invalidité de 53'939 fr., cela conduit à retenir une perte de gain de 20'709 fr. 15, soit un taux d'invalidité de 38,39%, qu'il convient d'arrondir à 38%, et qui n'ouvre pas le droit à la rente. 7. Dans un dernier moyen, le recourant fait valoir qu'il ne peut exploiter sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'au regard de sa longue période de désintégration professionnelle et de l'impossibilité de faire appel à son expérience passée, ses chances de pouvoir se réintégrer par ses propres moyens sur le marché du travail paraissent particulièrement aléatoires. a) Selon la jurisprudence, avant de réduire ou supprimer la rente par suite de révision ou de reconsidération, l'administration doit examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité, ou s'il est nécessaire, au préalable, de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner

l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée (en vertu de l'obligation de diminuer le dommage), lesquels priment sur le droit à des mesures de réadaptation, suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente (TF 9C_694/2010 du 23 février 2011, consid. 5.4; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010, consid. 4.2.2). Ainsi, le principe de la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage qui prime en règle générale le droit à des mesures de réadaptation (TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011, consid. 7.1.2.1). Ceci a pour conséquence que dans une procédure de révision, une amélioration de capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période pendant laquelle la rente a été allouée, d'inférer une amélioration de la capacité de gain et partant, de procéder sans délai à une nouvelle comparaison des revenus. Cette jurisprudence exprime le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, d'après lequel aucune rente ne saurait être allouée dès qu'une mesure de réadaptation est susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de gain de la personne assurée (TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011, consid. 7.1.2.1 et les références citées). Dans ces conditions, lorsqu'il incombe à l'assuré de se réadapter par lui-même pour obtenir un revenu d'invalidé adéquat, l'administration peut procéder sans délai au calcul du taux d'invalidité, parce qu'il apparaît d'emblée que l'assuré n'a besoin d'aucune mesure de réadaptation, ou tout au plus d'une mesure d'aide au placement au sens de l'art. 18 LAI (TF 9C_694/2010 du 23 février 2011, consid. 5.1; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010, consid. 4.1.1; 9C_141/2009 du 5 octobre 2009, consid. 2.3.1). Selon la jurisprudence, il existe essentiellement deux situations où la valorisation de la capacité fonctionnelle de travail présuppose l'octroi préalable de mesures de réadaptation: D'un point de vue médical, l'octroi d'une mesure de réadaptation peut constituer une condition sine qua non pour permettre à la personne assurée d'accroître sa capacité fonctionnelle de travail. Lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité de travail résiduelle médico-théorique, avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (TF 9C_694/2010 du 23 février 2011, consid. 5.3.1; 9C_141/2009 du 5 octobre 2009, consid. 2.3.1). L'octroi d'une mesure de réadaptation peut également constituer une condition sine qua non d'un point de vue professionnel. En effet, dans certains cas très particuliers, lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était pas opportun de supprimer la rente malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées à l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesures d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGa, en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure, pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail, de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (TF 9C_694/2010 du 23 février 2010, consid. 5.3.2.2; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010, consid. 4.2.2). Sur la base de ces

règles générales, le Tribunal fédéral a encore précisé ce qui suit, dans un arrêt du 26 avril 2011 – postérieur à la décision attaquée, qui ne pouvait donc pas être connu de l'OAI – : dans les cas où la réduction ou la suppression de la rente d'invalidité par révision ou reconsidération concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus – ce qui est le cas du recourant – ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans, l'administration doit d'abord examiner sérieusement l'opportunité de l'octroi de mesures de réadaptation (TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011, consid. 3.3; 9C_254/2011 du 15 novembre 2011, consid. 7). Ensuite, elle doit prendre les mesures nécessaires à la réintégration de l'assuré dans le circuit économique, sous réserve de la réalisation des conditions matérielles du droit à la prestation et de la collaboration de l'intéressé. Ce n'est qu'à la suite de cet examen que l'autorité pourra statuer définitivement sur la révision de la rente d'invalidité (TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011, consid. 7.2. in fine). Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision ou de la reconsidération, mais seulement qu'une réadaptation par soi-même n'est – sauf exception – pas objectivement concevable, en raison de leur âge ou de la longue durée pendant laquelle la rente a été perçue (TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011, consid. 3.5). b) En l'espèce, il y a lieu d'examiner s'il est nécessaire, d'un point de vue médical ou d'un point de vue professionnel, de fournir au recourant des mesures de réadaptation pour qu'il puisse valoriser sa capacité fonctionnelle de travail sur le marché du travail ou si les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de lui, lesquels priment en principe sur le droit à des mesures de réadaptation, suffisent à inférer une amélioration de sa capacité de gain. Dès lors que le recourant était âgé de plus de 55 ans lors de la suppression de rente par voie de révision, il fait partie de la catégorie des assurés dont on ne peut en principe exiger d'entreprendre de leur propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail médicalement documentée. De plus, on constate que le recourant n'a plus travaillé depuis le 22 août 2000, date de son accident de moto. A cela s'ajoute que de l'avis de l'expert, le recourant n'est plus apte à exercer son ancienne activité de cuisinier. Or il apparaît à lecture de son compte individuel de travail que s'il a effectivement eu plusieurs employeurs durant sa carrière professionnelle, il a toujours œuvré en qualité de cuisinier, n'ayant ainsi pas été confronté à un changement de profession. On ne saurait dès lors exiger du recourant qu'il reprenne une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sans pouvoir, au préalable, bénéficier de mesures de réadaptation d'ordre professionnel. S'il est exact qu'à l'occasion d'un entretien verbal du 27 juin 2008, le recourant a indiqué qu'il s'estimait incapable de travailler, l'examen de l'intimé aurait dû être plus poussé et faire l'objet d'une décision concrète. Par conséquent, il convient de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il prenne les mesures nécessaires à la réintégration du recourant dans le circuit économique, sous réserve de la réalisation des conditions matérielles du droit à la prestation et de la collaboration de l'intéressé (art. 21 al. 4 LPGGA). Ce n'est qu'à la suite de cet examen que l'intimé pourra statuer définitivement sur la révision de la rente d'invalidité. En ce sens, le recours est bien fondé. 8. L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de mise en œuvre d'expertise formulée par le recourant, pas plus que d'entendre les Drs F. _____ et Q. _____, lesquels ont été interpellés à plusieurs reprises en cours de procédure et ne sont au demeurant plus les médecins du recourant. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures

probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1; 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344 consid. 3c et la référence). Il n'y a pas lieu non plus de donner suite à la demande du recourant tendant à sa comparution personnelle. En effet, l'art. 30 al. 3 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101), selon lequel l'audience et le prononcé du jugement sont publics, ne confère pas au justiciable de droit à une audience publique. Il se limite à garantir qu'une telle audience se déroule publiquement lorsqu'il y a lieu d'en tenir une. Une requête de preuve (demande tendant à la comparution personnelle, à l'interrogatoire des parties, à l'audition de témoins ou à une inspection locale) ne suffit pas à fonder une obligation d'organiser des débats publics (cf. ATF 122 V 47 consid. 2c p. 52 sv. et 3a p. 55). En l'occurrence, le recourant a uniquement sollicité sa «comparution personnelle», ce qui correspond à une requête de preuve, qui peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves. 9. En conclusion, bien fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, vu le changement de jurisprudence consacré par l'arrêt du Tribunal cantonal vaudois AI 230/11 – 144/2012 du 23 avril 2012, il convient de considérer, conformément à la jurisprudence fédérale, que l'art. 69 al. 1 bis LAI impose la perception de frais de justice à la charge de la partie qui succombe, qu'il s'agisse de la partie recourante ou intimée. Sur le principe même de l'absence de gratuité de la procédure, les cantons sont liés par cette disposition (ATF 133 V 402 consid. 4.3; TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008, consid. 5). Compte tenu de ce qui précède, les frais de procédure sont mis à la charge de l'intimé, conformément à l'art. 69 al. 1 bis LAI. Obtenant partiellement gain de cause sur le fond, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens arrêtés à 1'800 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 7 TFJAS [Tarif vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 8 avril 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. III. Les frais judiciaires, par 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P. _____ la somme de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Stéphane Rey (pour M. P. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans

les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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