

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 927 vom 7. November 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-11-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2012\\_\\_927](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__927)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 927 du 7 novembre 2012

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 927 del 7 novembre 2012

### Regeste

AI{ASSURANCE}, RECONSIDÉRATION | 53 al. 2 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 07.11.2012 Arrêt / 2012 / 927

AI{ASSURANCE}, RECONSIDÉRATION | 53 al. 2 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 95/12 - 6/2013 ZD12.016280 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 7 novembre

2012 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme Röthenbacher Juges :  
Mme Brélaz Braillard et M. Merz Greffière : Mme Mestre Carvalho \*\*\*\*\* Cause  
pendante entre : T. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,  
avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,  
intimé. \_\_\_\_\_ Art. 53 al. 2 LPGA E n f a i t : A. a) T. \_\_\_\_\_ (ci-après :  
l'assuré), ressortissant espagnol né en 1956, sans formation professionnelle, arrivé en Suisse  
en 1979 et titulaire d'une autorisation d'établissement, a essentiellement œuvré dans ce pays  
en tant que maçon, activité qu'il a exercée en dernier lieu – dès 1997 – pour le compte de  
l'entreprise J. \_\_\_\_\_ SA. Le 15 octobre 1998, alors qu'il travaillait sur un chantier,  
l'assuré a été victime d'une chute occasionnant des lésions ligamentaires du poignet droit  
ainsi qu'une contusion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Un traitement  
conservateur a dans un premier temps été mis en œuvre. Puis, le 5 mai 1999, l'assuré a  
bénéficié d'une arthroscopie du poignet droit avec mise en évidence et débridement d'une  
déchirure du ligament scapho-lunaire, mise en évidence d'une déchirure de type 1D du  
TFCC, et synovectomie par voie arthroscopique. Le 1<sup>er</sup> novembre 2000, l'intéressé a subi  
une suture du ligament scapho-lunaire avec capsulodèse dorsale et embrochage du carpe à  
droite. L'ablation des broches a été effectuée le 15 décembre 2000. Dans ce contexte, après  
avoir été mis en arrêt de travail à des taux variables dès le 1<sup>er</sup> décembre 1998, l'assuré n'a  
plus repris son activité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2000. b) Le cas a été pris en charge par  
la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA).  
Le 14 mai 2001, l'intéressé a été examiné par le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement  
de la caisse, lequel a préconisé un séjour auprès de la Clinique [...] (ci-après : la Clinique  
P. \_\_\_\_\_). Une prise en charge auprès de cet établissement a par conséquent été mise en  
œuvre du 22 mai au 29 juin 2001. Au terme de ce séjour, il a été constaté que l'assuré avait  
pu travailler jusqu'à 3 heures en atelier professionnel, avec un port de charges variant entre  
10 et 15 kg, et que la reprise de l'activité habituelle de maçon était exclue compte tenu des  
douleurs persistantes à l'épaule droite mais surtout des limitations au niveau du poignet  
droit (diasthasis scapho-lunaire); en revanche, un reclassement professionnel était préconisé  
(cf. rapport du 13 août 2001 des Drs Z. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ de la Clinique  
P. \_\_\_\_\_). c) Dans l'intervalle, soit en date du 26 juin 2001, l'assuré a déposé une

demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), invoquant une mobilité réduite du poignet droit et de l'épaule droite en relation avec la déchirure ligamentaire et la contusion de la coiffe des rotateurs occasionnées par l'accident du 15 octobre 1998. Procédant à l'instruction de cette requête, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a interpellé le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main. Dans son rapport du 16 juillet 2001, ce médecin a posé les diagnostics de limitation résiduelle douloureuse de la mobilité du poignet droit, de status après suture du ligament scapho-lunaire, capsulodèse dorsale et embrochage du carpe droit le 1<sup>er</sup> novembre 2000, de status après arthroscopie du poignet droit, mise en évidence et débridement d'une déchirure du ligament scapho-lunaire et mise en évidence d'une déchirure de type 1D du TFCC le 5 mai 1999, et de status après entorse sévère du poignet droit (déchirure du ligament scapho-lunaire droit et lésion du TFCC droit) et contusion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite le 15 octobre 1999 [recte : 1998]. Il a relevé que l'état de santé de l'assuré était susceptible d'amélioration et que des mesures professionnelles étaient indiquées. Par rapport également daté du 16 juillet 2001, le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a retenu les diagnostics incapacitants suivants : « Lombalgie à répétition, assez insupportable à certaines périodes, déchirure du ligament sca du poignet droit, lésion du TFC type 1 ». En outre, sans se prononcer sur l'exigibilité de l'activité habituelle, il a indiqué qu'il était difficile de savoir si l'on pouvait requérir de l'assuré qu'il effectue une autre activité, celui-ci ayant toujours œuvré comme maçon. Soulignant que, du point de vue de l'intéressé, l'exercice d'une autre activité serait compliqué au vu des dorso-lombalgies présentes aussi bien en station debout qu'en position assise, le Dr L. \_\_\_\_\_ a observé que dans ce cas-là, on pourrait envisager « un travail de surveillance de chantier ou d'usine, de conciergerie, de surveillance, de travail léger, de manutention légère, travail d'atelier léger ». Il a relevé qu'il faudrait toutefois être attentif à la collaboration de l'assuré afin d'atteindre l'objectif de son choix. Cela étant, il a conclu qu'en principe, une activité adaptée pourrait être exercée à un taux de 100% par jour. Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 21 août 2001, l'entreprise J. \_\_\_\_\_ SA a précisé que l'assuré – qui se trouvait en incapacité de travail à 100% et percevait à ce titre des indemnités versées par la CNA – avait depuis toujours effectué un horaire de travail de 8 à 9 heures par jour, 5 jours par semaine, que son salaire horaire s'élevait à 28 fr. 55 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001, et que ce montant correspondait à ce qu'il réaliserait à l'heure actuelle sans ses troubles de santé. Le 10 septembre 2001, le Dr W. \_\_\_\_\_ a exposé que l'assuré pouvait effectuer un horaire complet – pour autant que celui-ci fût adapté – dans des activités ne nécessitant pas d'utiliser le membre supérieur droit avec force et de manière répétitive. Aux termes d'un compte-rendu du 24 décembre 2001, le Dr W. \_\_\_\_\_ a signalé que l'état de santé de l'intéressé demeurait stationnaire, et qu'une activité n'exigeant pas l'usage en force et répétitif du poignet droit lui paraissait tout à fait indiquée. Il a observé qu'au niveau du poignet en question, la douleur était fluctuante, météo-dépendante et associée à une tuméfaction épisodique, qu'au status, ce poignet était actuellement calme sans tuméfaction ni empâtement, avec une mobilité à EF 40-0-45 pour une inclinaison radiale-cubitale de 20-0-10, que la pronation était diminuée de 30 degrés à droite et de 20 degrés à gauche, et que la supination était complète; il a ajouté que la palpation de la face dorsale du carpe était sensible et que la force de serrage au dynamomètre de Jamar s'élevait à 32 à droite contre 40 à gauche. Cela étant, le Dr W. \_\_\_\_\_ a conclu que la capacité de travail comme employé nécessitant l'usage en force et répétitif du poignet gauche [recte : droit] était de 0%, mais qu'une réadaptation rapide semblait adéquate dès lors que l'assuré

conservait des possibilités pour autant qu'on ne lui fit pas faire des travaux répétitifs nécessitant l'usage en force du poignet droit. Du 11 février au 8 mars 2002, l'intéressé a effectué un stage auprès du Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après : COPAI), à [...]. Au terme de cette mesure, les différents intervenants de ce centre ont fait part de leurs observations. Ainsi, dans un rapport du 11 mars 2002, la Dresse N. \_\_\_\_\_, médecin-conseil du COPAI, a notamment considéré ce qui suit : "M. T. \_\_\_\_\_ a dû interrompre son activité de maçon en novembre 00 en raison essentiellement de deux problèmes. Le premier concerne le membre supérieur droit, qui est le membre dominant, avec un syndrome douloureux résiduel du poignet secondaire à une entorse en octobre 98 au cours de laquelle ont eu lieu différentes lésions capsulaires et ligamentaires. Malgré diverses interventions, la situation reste inchangée. Lors de ce traumatisme, un choc a eu lieu au niveau de l'épaule droite, qui est [elle aussi] depuis lors source de douleurs et d'impotence fonctionnelle. L'autre problème réside dans des altérations dégénératives pluriétagées du segment lombaire, avec arthrose postérieure et canal rachidien associé. Durant l'évaluation dans notre établissement, étant donné les atteintes organiques en question, seules des activités épargnant le port de charges lourdes, le port répété de charges modérément lourdes, les mouvements répétés de rotation et de flexion antérieure du tronc, les positions statiques prolongées ainsi que les activités sollicitant de manière répétée les membres supérieurs surtout au-dessus du plan horizontal ont été proposées. Des limitations physiques ont pu être objectivées, tant au niveau du rachis qu'au niveau du membre supérieur droit. En effet, M. T. \_\_\_\_\_ doit souvent changer de position, ayant besoin de pauses répétées, gardant une rigidité du segment lombaire dans ses déplacements. Le membre supérieur droit n'est sollicité que comme aide ponctuelle dans des activités légères, le patient se comportant en fait quasiment comme un mono-manuel par l'utilisation du membre supérieur gauche. Malgré des recherches de postures et de gestuelles adaptées, l'handicap est important. Il se traduit par une qualité de travail diminuée en raison de problèmes de coordination manuelle et de manque de force, le rythme de travail est ralenti et l'inconfort de plus en plus marqué. On trouve une excellente cohérence entre les symptômes et les lésions organiques en question, l'examen médical objectivant par ailleurs une péjoration du syndrome lombo-vertébral au fil des consultations. Malgré cela, M. T. \_\_\_\_\_ est resté extrêmement assidu à son travail, faisant preuve d'une collaboration exemplaire, sans se plaindre, malgré des douleurs probablement importantes, cotées à 7-8 sur une échelle analogique de 10. Les limitations fonctionnelles constatées, tant au niveau du rachis que du membre supérieur dominant, les faibles ressources intellectuelles du patient, la péjoration de son état de santé au cours du stage, ainsi que la supériorité des exigences d'un milieu économique par rapport à notre centre rendent difficilement envisageables la reprise d'une activité professionnelle dans le monde du travail, surtout à long terme." En outre, dans un rapport de stage du 5 avril 2002 contresigné par la directrice du COPAI ainsi que par l'un des maîtres socioprofessionnels de ce centre, les points suivants ont été mis en exergue : " 4. DISCUSSION [...] Au sondage d'inconfort, l'assuré signale des douleurs d'intensité de 8 pour la région du bas du dos, ainsi que de 7 pour l'épaule et le poignet du côté droit et des douleurs intermittentes dans la jambe droite d'intensité de 4. Il s'attribue une note globale d'inconfort de 7 pour l'ensemble du corps. Il évalue ses capacités au PACT avec un score de 76 points. Selon le barème de ce test, l'assuré ne se projette plus dans une activité professionnelle même légère. Sur le plan des capacités d'apprentissage, il obtient des résultats en-dessous de la moyenne en arithmétique et dans les opérations fondamentales, le reste du test n'a pas été rempli. Sur le plan pratique,

M. T. \_\_\_\_\_ assimile rapidement les consignes et il est capable de les appliquer, de plus il fait preuve de logique dans le suivi de schéma. L'assuré démontre une bonne volonté dans l'accomplissement des tâches que nous lui avons proposées. Il s'est montré ouvert, cependant, nous avons pu observer qu'il était en difficulté dans des activités demandant l'utilisation d'une règle graduée et lorsqu'il doit écrire (au niveau de la calligraphie). Dans les ateliers et face aux machines-outils, nous observons un homme qui agit en alternance des positions assis/debout. Nous observons que la position choisie diffère en fonction des travaux et de ses douleurs. Nous observons des raideurs dorsales dans les mouvements de rotation du tronc, ainsi que dans les positions en porte-à-faux. De plus, l'assuré a porté durant tout le stage une attelle au poignet droit. Nous constatons que lors de l'utilisation de son membre supérieur droit, celui-ci présente rapidement des signes d'enflure et un manque de force. La main droite n'est utilisée qu'à des fins d'aide ponctuelle à la main gauche. Les observateurs signalent un manque important de précision de son membre supérieur gauche qui réduit la qualité des prestations fournies en-dessous des normes. L'assuré devient nerveux quand il se rend compte qu'il n'est pas en mesure de fournir des prestations de qualité. Lors d'activités devant une machine-outil, nous remarquons que la non-utilisation de son membre supérieur droit est malcommode car tout est fait pour les droitiers (interrupteur, manivelle pour le déplacement du chariot, etc.) : cet état de fait rend ce genre d'activité contre-indiqué. M. T. \_\_\_\_\_ a fait preuve d'assiduité à son poste, malgré cela le rythme de travail est resté lent. En effet, les rendements que nous avons mesurés ont atteint épisodiquement les 50% sans jamais les dépasser. Ceci s'explique d'une part par la non-utilisation de sa main dominante (droite) et d'autre part par l'inconfort dorsal dont souffre l'assuré. En fin de stage, notre médecin-conseil nous signale que l'état de santé de l'assuré s'est nettement péjoré durant les quatre semaines sans qu'il ne se soit plaint; dans les ateliers nous observons des changements plus fréquents de positions en raison de l'inconfort dorsal. Limitations fonctionnelles et contre-indications à observer dans une future activité professionnelle ? Nous observons des raideurs dorsales dans les mouvements de rotation et en porte-à-faux. Nous constatons que toute utilisation intensive de son MSD provoque une enflure de ce membre. De plus, celui-ci manque de force. Nous n'avons pas observé de limitations à son membre supérieur gauche, mais celui-ci manque singulièrement de précision et les prestations que l'assuré fournit sont inférieures aux exigences économiques. [...] Taux de rendement exigible ? Notre médecin-conseil a pu constater une péjoration de son état de santé durant le stage. De notre point de vue, il n'y a plus d'exigibilité pour cet assuré. Les rendements que nous avons obtenus durant les quatre semaines ont atteint épisodiquement les 50% avec une qualité en-dessous de la moyenne. 5. CONCLUSION Au terme de l'examen, notre équipe d'observation arrive à la constatation suivante : M. T. \_\_\_\_\_ est indéniablement limité au niveau de son membre supérieur droit, ainsi qu'au niveau dorsal. Les positions statiques, qu'elles soient debout ou assise, ne peuvent être tenues que 30 minutes environ. Les activités sollicitant une utilisation intensive de son membre supérieur droit, les mouvements en force, les positions statiques, les ports ou déplacements de charges au-dessus de 10kg, les positions vicieuses (en porte-à-faux, etc.) sont contre-indiquées. Forts de ce constat, il nous paraît évident que l'activité de maçon est contre-indiquée et qu'une activité sans port de charges, qui ménagerait l'usage de son membre supérieur droit serait à même de lui procurer un meilleur confort et des prestations accrues. Toutefois, nous avons observé que confronté à de telles activités, ses rendements n'ont atteint qu'épisodiquement les 50%, ceci malgré un bon investissement dans la tâche. Notre médecin-conseil a observé une péjoration de son état de

santé entre le début et la fin des quatre semaines, sans que l'assuré ne se montre plaintif. En conclusion et au vu de ce qui vient d'être énoncé, nous sommes d'avis que cet assuré n'est plus en mesure de retrouver une capacité de gain, ceci même dans une activité adaptée. Dès lors, nous vous laissons le soin d'informer l'assuré des droits aux prestations de votre Assurance." En date du 15 avril 2002, la Division administrative de l'OAI a établi un rapport intermédiaire libellé comme suit : "M. T. \_\_\_\_\_ a achevé son stage, effectué au COPAI d'[...], en date du 8 mars 2002. Le bilan du stage permet de constater, que notre assuré est indéniablement limité au niveau de son membre supérieur droit, ainsi qu'au niveau dorsal. Les positions statiques, qu'elles soient debout ou assise, ne peuvent être tenues que 30 minutes environ. Les activités sollicitant l'utilisation intensive de son MSD, les mouvements en force, les positions statiques, le port ou déplacement de charges au-dessus de 10 kg, ainsi que les positions vicieuses sont contre-indiqué[e]s. Concernant les rendements observés, ceux-ci n'ont atteint qu'épisodiquement les 50 %, ceci malgré le bon investissement de notre assuré dans les tâches confiées. De plus, du point de vue médical, le médecin-conseil du Centre a pu constater une péjoration de l'état de santé de l'intéressé, entre le début et la fin des quatre semaines de stage, sans que l'assuré ne se soit montré plaintif. En conclusion, le COPAI est d'avis que M. T. \_\_\_\_\_ n'est plus en mesure de retrouver une capacité de gain, ceci même dans une activité adaptée. Il n'y a plus d'exigibilité pour cet assuré, les exigences du milieu économique rendant difficilement envisageable la reprise d'une activité professionnelle dans le monde du travail. Ces éléments tiennent compte de la double atteinte que présente notre assuré, à savoir au niveau du MSD et du dos. C'est donc au niveau d'un atelier protégé que M. T. \_\_\_\_\_ pourrait encore poursuivre son parcours professionnel. Nous avons pris contact avec la Suva [...] pour leur faire part du résultat du stage COPAI. En regard de la double atteinte que nous devons prendre en compte dans le cadre de l'étude de notre dossier, nous allons pouvoir statuer séparément dans cette affaire, la Suva ne prenant, elle, en compte que la seule atteinte liée au membre supérieur droit. Nous poursuivons donc l'étude de ce dossier par une approche théorique de capacité de gain. Dans une activité tenant compte des limitations décrites par le COPAI et au vu des différents éléments médicaux en notre possession, l'intéressé pourrait obtenir dans des structures protégées un revenu annuel de fr. 9'700.-. Dans son ancienne activité de maçon, il réaliserait en 2002 un revenu de fr. 69'735.30 par an (salaire 2001 réajusté 2002). Au vu des éléments économiques précités, nous constatons que le droit à des prestations financières de notre Assurance doit être examiné." A teneur d'une fiche d'examen de l'OAI du 17 mai 2002, il était relevé ce qui suit : " Voir le rapport OAI-R du 15 avril 2002 Il ressort que seule une activité en atelier protégé est possible, le préjudice économique est de 86.09% LM 1.11.2000, droit à la rente entière dès le 1.11.2001, révision dans 3 ans." Toujours le 17 mai 2002, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière à compter du 1 er novembre 2001, sur la base d'un taux d'invalidité de 86%. Pour l'essentiel, l'office a retenu que suite à des problèmes de santé, l'intéressé avait présenté des périodes suivies d'incapacité de travail depuis le 1 er novembre 2000 et que tel était encore le cas à l'issue du délai de carence légal d'une année, soit au 1 er novembre 2001. Cela étant, l'OAI a exposé que la capacité de travail et de gain de l'assuré avait été estimée en tenant compte de toutes les atteintes à la santé, en fonction d'un revenu sans invalidité de 69'735 fr. 30 et d'un revenu avec invalidité de 9'700 fr., et qu'il en résultait un manque à gagner de 60'035 fr. 30, correspondant à un degré d'invalidité de 86,09%. Le 16 octobre 2002, l'OAI a rendu une décision provisoire fixant le montant des prestations d'assurance dans l'attente de la réception des cotisations espagnoles de l'intéressé. Ce

prononcé a ensuite été remplacé, après réception des cotisations susdites, par une décision définitive rendue le 18 juin 2003, confirmant le projet du 17 mai 2002. d) Entre-temps, par décision du 29 juillet 2002, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2002, fondée sur une incapacité de gain de 31%, en raison des séquelles de l'accident du 15 octobre 1998; dans ce contexte, la caisse a notamment souligné que selon les constatations médicales à sa disposition, l'intéressé était à même de déployer une activité légère, en position alternée assise/debout, lui permettant par exemple de travailler dans un atelier (petite mécanique, montage). La CNA a en outre alloué à l'assuré une indemnité de 9'720 fr. pour atteinte à l'intégrité de 10%.

B. a) Une procédure de révision d'office a été engagée par l'OAI en mai 2005. Dans un questionnaire pour la révision de la rente rempli le 6 juin 2005, l'assuré a indiqué que son état de santé était toujours le même. Il a ajouté qu'il avait cessé toute activité depuis l'octroi de sa rente d'invalidité, en raison de ses problèmes médicaux. Aux termes d'un rapport du 3 octobre 2005, le Dr L.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de lombosciatique droite et gauche, de lésion du TFC du poignet droit, de déchirure ligamentaire du scaphoïde du poignet droit, et de contusion de la coiffe des rotateurs. Il a observé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et que des mesures professionnelles paraissaient possibles. Il a par ailleurs souligné que l'assuré ne présentait pas de lésion importante au premier abord et a renvoyé, sur ce point, à des annexes qui n'étaient cependant pas jointes à son rapport. Enfin, il a estimé que si l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, une activité adaptée (« Genre d'activité : légère, mécanicien de précision, surveillance, manutention légère ») demeurait en revanche envisageable sans diminution de rendement. Par avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 5 avril 2007, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a sollicité la production des annexes évoquées dans le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2005. Invité par l'OAI à fournir les documents en question, ce dernier médecin a transmis – par envoi non daté indexé par l'office le 27 avril 2007 – divers comptes-rendus d'exams orthopédiques, radiologiques et neurologiques antérieurs à la demande de prestations du 26 juin 2001; il en ressortait notamment que l'assuré présentait des discopathies lombaires étagées avec des protrusions discales médianes produisant un rétrécissement acquis et modéré du canal rachidien lombaire inférieur prédominant au niveau de L4-L5 et L5-S1, sans signe de hernie discale ni évidence de conflit radiculaire (cf. rapport d'imagerie par résonance magnétique [IRM] lombaire du 14 mai 2001 du Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiodiagnostic et neuroradiologie), et que l'examen neurologique avec électromyogramme [EMG] ne montrait pas d'atteinte radiculaire (cf. rapport du 19 juin 2001 du Dr G.\_\_\_\_\_, neurologue). Dans un nouvel avis médical SMR du 29 juin 2007, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a souligné qu'à l'époque de l'octroi de la rente, les avis médicaux concordaient pour estimer la capacité de travail à 100% dans une activité adaptée; tel était en particulier le cas du Dr L.\_\_\_\_\_, médecin traitant, qui avait pris en compte la totalité des atteintes à la santé. Il ressortait en revanche du rapport de stage du COPAI ainsi que du compte-rendu du médecin-conseil de ce centre que l'assuré n'était plus en mesure de retrouver une capacité de gain – appréciation sur la base de laquelle la décision initiale d'octroi de rente avait été rendue. Attendu que cette décision se trouvait ainsi en opposition avec les avis de plusieurs médecins, elle devait par conséquent – de l'avis de la Dresse X.\_\_\_\_\_ – être considérée comme erronée. Par avis du 21 décembre 2007, le Dr Q.\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis la décision d'octroi de rente du 16 octobre 2002 [recte : 18 juin 2003] et que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% depuis le 29 juin 2001, date de la fin du séjour à la Clinique P.\_\_\_\_\_.

reste, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a précisé ce qui suit : " • Merci d'argumenter de façon détaillée en quoi nous pouvons suivre les conclusions du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin conseil du COPAI, dans son rapport du 11 mars 2002 indiquant que seule une activité en milieu protégé est encore exigible. Les conclusions de la Dresse N. \_\_\_\_\_ se fondent davantage sur les déclarations de l'assuré, plutôt que sur l'observation de limitations fonctionnelles objectives. La seule indication d'une péjoration en cours de stage est l'apparition de contractures musculaires plus marquées. Sur la base du status, on peut conclure à un syndrome lombo-vertébral modéré sur troubles rachidiens dégénératifs, sans répercussion nerveuse. Cette atteinte ne devrait pas être invalidante dans une activité légère, sans port de charges ni positions vicieuses, autorisant les changements de posture. • Pouvons[-]nous, à l'instar du Dr N. \_\_\_\_\_, considérer l'assuré comme étant monomanuel ? Non. Le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, mentionne une diminution de la pronation et de la force de serrage de la main droite. Il préconise une activité ne nécessitant ni l'usage en force ou répétitif du poigne[t] droit, mais ne parle jamais d'activité monomanuelle. C'est également ce qui ressort de l'observation à la Clinique P. \_\_\_\_\_, où l'assuré s'est montré capable de travailler 3 heures en atelier professionnel, avec un port de charges de 10-15 kg. En conclusion, l'état de santé de l'assuré est manifestement inchangé. Un examen au SMR n'est pas indiqué. Il n'y a pas lieu de revenir sur les capacités de travail indiquées par l'ensemble des médecins, à l'exception de la Dresse N. \_\_\_\_\_." Un stage auprès du Centre V. \_\_\_\_\_ de [...] (section AIP [atelier d'intégration professionnelle]) a été organisé du 28 septembre au 24 décembre 2009. Dans ce contexte, au cours d'un entretien téléphonique avec l'OAI le 5 novembre 2009, l'un des collaborateurs du centre précité a exposé que l'assuré ne se voyait pas reprendre une activité professionnelle et se situait dans la plainte, et qu'un stage en entreprise n'était pas envisageable dès lors que l'intéressé ne faisait que montrer qu'il ne pouvait pas travailler; ce dernier avait en outre affirmé que son médecin avait constaté une péjoration de son état de santé et qu'une opération de l'épaule serait nécessaire dans l'hypothèse d'une reprise d'activité professionnelle. Le stage auprès du Centre V. \_\_\_\_\_ a été interrompu prématurément le 14 décembre 2009 sur décision de l'OAI, l'assuré ayant présenté une incapacité complète de travail dès le 10 novembre 2009 (cf. certificats du Centre médical D. \_\_\_\_\_ des 13, 21 et 30 novembre 2009 et du 11 décembre 2009). Dans l'intervalle, par rapport du 9 novembre 2009, le Dr L. \_\_\_\_\_ a exposé qu'au niveau lombaire, l'assuré présentait depuis une quinzaine d'années des douleurs en station debout et assise, lors du maintien de toute position sur une longue durée, et en cas de mouvement en flexion antérieure. Concernant l'épaule droite, ce médecin a fait état d'une « douleur post-accident datant de l'année 1998 [...], douleur aux mouvements habituels, exagérée lors de mouvements répétés ou en force ». Le Dr L. \_\_\_\_\_ a par ailleurs ajouté que l'assuré avait été opéré à deux reprises de la main droite et que celle-ci était douloureuse en cas de mouvements répétitifs ou en force. Enfin, il a précisé qu'au niveau des genoux, l'intéressé présentait des douleurs épisodiques ainsi qu'au port de charges. Le 14 décembre 2009, le Dr L. \_\_\_\_\_ a établi un compte-rendu signalant, à titre de diagnostics incapacitants, des atteintes motrices avec une mauvaise amplification des mouvements du poignet et de l'épaule droits post-accident en 1998, une gonarthralgie bilatérale et une rachialgie généralisée. Il a estimé que le pronostic était mauvais dans la mesure où l'assuré était bloqué par ses douleurs. Invité à énumérer les restrictions physiques, mentales ou psychiques, ce médecin a indiqué « tous les travaux lourds », tout en soulignant que les restrictions en cause se manifestaient essentiellement par des douleurs et une incapacité à atteindre les objectifs fixés. Enfin, il a rappelé que l'activité habituelle

n'était plus exigible. Dans un rapport du 13 janvier 2010, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a exposé ce qui suit : "Le patient signale que son épaule droite ne présentait pas de problème majeur hormis une douleur de fonds peu gênante qu'il traitait avec du Mefenacid. A l'occasion de son évaluation [au Centre V. \_\_\_\_\_] en septembre 2009, l'épaule s'est momentanément décompensée, par la suite la situation s'est à nouveau rétablie. L'évaluation a cependant dû être interrompue en raison de dorso-lombalgies. Le patient est revu le 07.01.2010. L'épaule est calme, il n'a pas de douleurs au repos, la mobilité active et passive diminuées d'environ 10° par rapport à l'autre côté avec des arcs douloureux entre 120° et 160°, les signes de conflits sont très modérés, la force et la résistance diminuées malgré la conservation d'une excellente musculature. Le patient reconnaît qu'il n'a aucun problème pour les activités réalisées au niveau de la table. Ce patient présente donc les séquelles tardives d'une contusion de la coiffe des rotateurs de son épaule droite, essentiellement algiques. Cette situation ne requiert aucun traitement complémentaire, en particulier, pas de geste chirurgical. En tant que maçon et pour ne considérer que cette seule lésion, la capacité de travail doit être considérée comme nulle, en revanche toute autre activité réalisée à hauteur d'établi et ne nécessitant pas d'efforts au[-]delà d'une dizaine de kilos pourrait être réalisée sans aucune restriction." Par avis médical SMR du 26 février 2010, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a considéré que la capacité de travail dans une activité adaptée s'élevait à 100% et ce depuis le 29 juin 2001. Il a ajouté qu'était envisageable toute activité à hauteur d'établi, ne nécessitant pas d'effort au-delà de 10 kg ni d'usage répétitif et en force du membre supérieur droit, et permettant d'épargner le dos. Le 21 juillet 2010, l'OAI a adressé à l'assuré une sommation relevant que les observations médicales au dossier faisaient état d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, et que par conséquent, d'un point de vue objectif, aucune justification médicale n'expliquait l'arrêt prématuré du stage mis en œuvre auprès du Centre V. \_\_\_\_\_ en 2009. Cela étant, l'office a relevé être disposé à organiser une nouvelle mesure d'observation professionnelle, attendant en contrepartie une pleine collaboration de la part de l'assuré ainsi que la mise en valeur de la capacité de 100% médicalement reconnue, faute de quoi il serait statué sur la base d'une approche théorique, laquelle pourrait, le cas échéant, entraîner la suppression du droit à la rente de l'intéressé. Un délai au 20 août 2010 était imparti à l'assuré pour prendre position sur ces différents points, délai ultérieurement prolongé jusqu'au 20 septembre 2010. Dans un courrier du 11 septembre 2010, l'intéressé a répondu qu'il était à la disposition de l'office pour tout stage que celui-ci jugerait utile, soulignant toutefois qu'il se trouvait actuellement dans des conditions physiques et psychiques déplorables et se sentait incapable de venir à bout d'un éventuel stage. Un nouveau stage a été organisé au Centre V. \_\_\_\_\_ de [...], du 10 janvier au 10 avril 2011 (section AIP). Dans ce cadre, l'intéressé a présenté une entière incapacité de travail du 31 janvier au 6 février 2011, du 11 au 20 février 2011, puis du 21 au 23 février 2011 (cf. certificats du Centre médical D. \_\_\_\_\_ des 1<sup>er</sup>, 10 et 21 février 2011). Le 3 mars 2011, l'OAI a établi un procès-verbal consécutif à un entretien téléphonique avec un collaborateur du Centre V. \_\_\_\_\_, lequel avait informé l'office de ce que l'assuré allait être opéré d'une hernie inguinale le 11 mars 2011, qu'il s'ensuivrait une période de convalescence de 3 à 4 semaines, que par ailleurs l'intéressé manquait de volonté, qu'il ne pouvait pas utiliser ses compétences manuelles dans l'économie et qu'il se comportait comme un mono manuel. Selon l'intervenant du Centre V. \_\_\_\_\_, la poursuite du stage dans de telles conditions n'avait aucun sens. Cela étant, l'OAI a conclu son procès-verbal en observant que l'assuré, par son attitude ainsi que par son manque d'engagement et de motivation, ne collaborait pas pleinement à la mesure en

cause, ceci indépendamment de l'intervention médicale prévue, et qu'il y avait par conséquent lieu d'interrompre le stage d'observation professionnelle au 10 mars 2011. Par rapport non daté, indexé par l'OAI le 9 mai 2011, le Dr L. \_\_\_\_\_ a mentionné en guise d'atteintes se répercutant sur la capacité de travail une douleur du poignet droit post-chirurgicale 2 fois, ainsi qu'une douleur chronique de la région lombaire, de l'épaule droite et du poignet droit. A titre de diagnostic sans impact sur la capacité de travail, il a signalé une hernie inguinale gauche. Il a souligné que les douleurs au dos, au poignet droit et à l'épaule droite étaient réputées incompatibles avec le travail, et a émis un pronostic extrêmement sombre compte tenu du passé assécurologique de l'intéressé. Il a ajouté que ce dernier ne travaillait plus depuis des mois et que l'activité de maçon exercée précédemment n'était plus envisageable. S'agissant de l'exigibilité d'une activité adaptée, il a estimé que cette question méritait une appréciation fine par un organisme spécialisé, étant précisé que dans l'optique actuelle toutes les tentatives avaient échoué. Par avis médical SMR du 18 mai 2011, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a considéré que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié depuis l'avis SMR de février 2010. Il a en particulier souligné qu'il était question d'une opération de hernie(s) inguinale(s), qu'en l'état on ignorait toutefois si cette opération avait eu lieu, et que le cas échéant, sauf complications, ce type d'intervention ne générerait pas d'incapacité de travail excédant 4 à 6 semaines dans une activité légère. Au vu de ces éléments, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a considéré qu'il n'y avait pas lieu de modifier la position du SMR. b) En date du 21 juillet 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'une suppression de sa rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. En substance, l'office a relevé qu'à l'origine, l'intéressé s'était vu accorder une rente entière d'invalidité dès novembre 2001 sur la base des conclusions du COPAI et du médecin-conseil de ce centre, au détriment des autres documents médicaux contenus au dossier et qui faisaient état d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. A cet égard, l'OAI a relevé que si la capacité de travail était certes nulle dans l'activité habituelle de maçon en raison de lombalgies et de difficultés fonctionnelles du membre supérieur droit (dominant), il demeurerait que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (soit une activité pouvant être exercée en position alternée assise/debout, à hauteur d'établi, sans effort au-delà de 10 kg, sans usage répétitif et en force du membre supérieur droit, et permettant d'épargner le dos), l'intéressé disposait d'une capacité de travail de 100% depuis juin 2001. Dans ces conditions, l'office a considéré que la décision initiale d'octroi de rente du 16 octobre 2002 [recte : 18 juin 2003] était erronée et devait par conséquent être reconsidérée. L'OAI a par ailleurs observé que dans la mesure où l'assuré contestait l'entière capacité de travail retenue dans une activité adaptée, il y avait lieu de nier l'aptitude subjective à la réadaptation et de mettre fin à toute intervention sous cet angle. Cela étant, procédant à une analyse théorique du cas, l'OAI s'est fondé sur un revenu sans invalidité de 67'312 fr. 10 et sur un revenu avec invalidité – calculé sur la base des données statistiques ressortant de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS), sous déduction d'un abattement de 10% – de 51'194 fr. 67 pour retenir un préjudice économique s'élevant à 16'117 fr. 45 et correspondant à un taux d'invalidité de 23,94%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité. L'assuré a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet par acte du 27 septembre 2011, rédigé par son mandataire. Il a essentiellement fait valoir que l'appréciation à laquelle l'office avait procédé lors de la décision initiale d'octroi de rente n'était nullement erronée, mais reposait sur des observations à la fois professionnelles et médicales qui allaient dans le sens d'une incapacité de travail durable sur l'ensemble du marché du travail. c) Par décision du 13 avril 2012,

l'OAI a intégralement confirmé son projet du 21 juillet 2011, tout en se référant pour le surplus à un courrier explicatif du même jour dont on extrait ce qui suit : "Lors de l'octroi de la rente initiale soit en 2002 [recte : 2003], les conclusions du COPAI ont été privilégiées alors que les autres documents au dossier attestaient d'une capacité de travail résiduelle de 100%. Le Dr W. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 10 septembre 2001 indiquait en effet qu'un horaire de travail complet était possible pour autant que l'activité soit adaptée. Le Dr L. \_\_\_\_\_ (rapport médical du 16 juillet 2001) quant à lui, parlait également d'une activité pouvant être exercée à 100% moyennant le respect de certaines limitations fonctionnelles. Il est clair que le bilan du stage effectué au COPAI a conclu que Monsieur T. \_\_\_\_\_ n'était pas en mesure de retrouver une capacité de travail et de gain. Le médecin-conseil du COPAI parlait à l'époque d'une péjoration en cour [sic] de stage et de l'apparition de contractures musculaires plus marquées. Les conclusions de ce dernier se fondent cependant davantage sur les déclarations de l'assuré plutôt que sur l'observation des limitations fonctionnelles objectives. Sur la base du status, on peut conclure à un syndrome lombo-vertébral modéré sur troubles rachidiens dégénératifs, sans répercussion nerveuse. Cette atteinte ne contre-indiqu[e] pas l'exercice d'une activité légère, sans port de charges ni positions vicieuses autorisant les changements de posture. Contrairement au médecin conseil du centre, nous ne pouvons considérer notre assuré comme étant mono manuel. Le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main mentionne une diminution de la pronation et de la force de serrage de la main droite. Il préconise une activité ne nécessitant ni l'usage en force ou répétitif du poignet droit, mais ne parle à aucun moment d'activité mono manuelle. C'est également ce qui ressort de l'observation à la Clinique P. \_\_\_\_\_ où notre assuré s'est montré capable de travailler trois heures en atelier professionnel avec port de charges de 10-15 kg. Au vu de ce qui précède, c'est donc à tort que nous avons retenu les conclusions du centre pour déterminer le taux d'invalidité de notre assuré et c'est à ce titre que notre décision était manifestement erronée. Les pièces médicales actualisées font état d'une situation médicale superposable à celle qui existait lors de la décision initiale, nous ne pouvons par conséquent parler d'une révision du dossier, mais bien de reconsidération. Comme démontré plus haut, lors de la décision initiale, nous avons accordé trop d'importance aux conclusions du centre alors que les pièces médicales au dossier convergeaient toutes vers une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée. En conclusion, c'est donc à juste titre que nous avons procédé à la reconsidération du dossier [...]."

C. a) Agissant par l'entremise de son mandataire, l'assuré a recouru le 26 avril 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et au maintien de la rente AI allouée jusqu'alors. En substance, il considère que, contrairement à l'intimé, on ne peut tenir pour déterminants l'avis du Dr W. \_\_\_\_\_ du 10 septembre 2001 et le compte-rendu du Dr L. \_\_\_\_\_ du 16 juillet 2001, le premier étant insuffisamment motivé et le second n'étant pas catégorique en ce qui concerne la question de l'exigibilité d'une activité adaptée. L'intéressé estime en revanche qu'il y a lieu de suivre le rapport de stage du COPAI du 5 avril 2002 ainsi que les conclusions du médecin-conseil de ce centre la Dresse N. \_\_\_\_\_, cette dernière ayant fondé son appréciation sur des constatations objectives et non sur des éléments subjectifs. Cela étant, le recourant fait valoir qu'aucune erreur n'a été commise lors de la décision initiale d'octroi de rente, que des investigations approfondies ont eu lieu à cette époque tant sur le plan médical – notamment par les soins de la Dresse N. \_\_\_\_\_ – que sous l'angle professionnel, et qu'il est en définitive clairement ressorti que la capacité de travail était nulle dans l'activité de maçon et qu'une activité de substitution en atelier ou en

industrie légère était exclue en raison de l'effet cumulé des atteintes présentes au niveau du dos et du membre supérieur droit (épaule comprise). Il ajoute qu'aucune expertise ne démontre que cette appréciation serait inexacte. Il produit enfin un onglet de pièces concernant essentiellement les phases antérieures de la procédure. b) Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 25 juin 2012. Pour l'essentiel, il réfute les critiques émises par le recourant à l'encontre des rapports des Drs L. \_\_\_\_\_ (du 16 juillet 2001) et W. \_\_\_\_\_ (du 10 septembre 2001), étant précisé que ce dernier médecin a du reste explicité son appréciation dans un compte-rendu ultérieur du 24 décembre 2001. S'agissant du rapport de stage précité du COPAI, l'office observe que, selon la jurisprudence, les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage ne sauraient prévaloir sur les données médicales à disposition. L'OAI relève qu'il est vrai que le rapport du COPAI possède également une dimension médicale sous la forme du compte-rendu de la Dresse N. \_\_\_\_\_ du 11 mars 2002. Il estime que l'appréciation de cette dernière repose cependant dans une trop large mesure sur les déclarations de l'assuré ainsi que sur le comportement de celui-ci durant le stage. Cela étant, l'intimé considère que la décision initiale d'octroi de rente est manifestement erronée en tant qu'elle repose sur les conclusions des spécialistes du COPAI, que sa rectification revêt à l'évidence une importance notable, et que les conditions d'une reconsidération sont par conséquent réalisées en l'occurrence. c) Par réplique du 16 juillet 2012, le recourant maintient ses précédents motifs et conclusions. Il se prévaut par ailleurs de la jurisprudence selon laquelle, si l'assuré a 55 ans au moins – comme en l'occurrence – ou reçoit une rente depuis plus de 15 ans, il y a lieu d'examiner la possibilité de réadaptation avant de réduire ou supprimer une rente d'invalidé, que ce soit par voie de révision ou de reconsidération. d) Dans sa duplique du 30 août 2012, l'intimé indique ne pas avoir de commentaire particulier à formuler. 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte sur le bien-fondé de la décision de reconsidération rendue le 13 avril 2012 par l'OAI. 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 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins ; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI). b) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c et ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. Autrement dit, pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable; le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence – à l'époque – de preuves de fait essentiels (TF 9C\_659/2009 du 12 février 2010 consid. 2.2 et 3.2). S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (cf. TF 9C\_709/2012 du 27 novembre 2012 consid. 2.1 et les références citées). 4. En l'espèce, la décision initiale d'octroi de rente du 18 juin 2003 était essentiellement fondée sur les conclusions du rapport de stage du COPAI du 5 avril 2002 ainsi que sur le compte-rendu de la Dresse N. \_\_\_\_\_ (médecin-conseil auprès du centre en question) du 11 mars 2002. A ce propos, on rappellera que les responsables du COPAI (cf. rapport de stage p. 5) ont relevé que l'assuré était indéniablement limité au niveau de son membre supérieur droit ainsi qu'au niveau dorsal, que les positions statiques – debout ou assise – ne pouvaient être tenues plus de 30 minutes environ, et que les activités sollicitant une utilisation intensive du

membre supérieur droit, les mouvements en force, les positions statiques, les ports ou déplacements de charges au-dessus de 10 kg ainsi que les positions vicieuses (en porte-à-faux, etc.) étaient contre-indiqués. Ils ont également observé qu'après adaptation du poste de travail, le rendement de l'intéressé n'avait qu'épisodiquement atteint 50% nonobstant son bon investissement, et qu'une dégradation de son état de santé avait été observée au cours du stage sans qu'il ne s'en plaigne. Cela étant, les spécialistes du COPAI ont estimé qu'en définitive l'assuré n'était pas en mesure de recouvrer une capacité de gain même dans une activité adaptée. Quant à la Dresse N. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 11 mars 2002 p. 3), elle a considéré que les limitations fonctionnelles constatées tant au niveau du rachis que du membre supérieur dominant, les faibles ressources intellectuelles de l'assuré, la péjoration de son état de santé au cours du stage ainsi que la supériorité des exigences d'un milieu économique par rapport à celles du COPAI rendaient difficilement envisageable la reprise d'une activité professionnelle dans le monde du travail, surtout à long terme. Aux termes de la décision litigieuse du 13 avril 2012, l'intimé a observé qu'à l'époque de l'octroi initial de la rente, la documentation médicale au dossier concluait de manière convergente à une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. L'office en a déduit que c'était dès lors à tort que les conclusions du COPAI et de la Dresse N. \_\_\_\_\_ avaient été privilégiées lors du prononcé de la décision du 18 juin 2003, laquelle était donc manifestement erronée et devait par conséquent être reconsidérée. a) A l'examen du dossier, il appert tout d'abord que dans leur rapport du 13 août 2001, les médecins de la Clinique P. \_\_\_\_\_ se sont limités à constater que l'assuré avait pu travailler jusqu'à 3 heures en atelier professionnel, avec un port de charges variant entre 10 et 15 kg, et à préconiser un reclassement professionnel. Ces praticiens ne se sont toutefois pas clairement prononcés sur l'exigibilité d'une activité adaptée. En revanche, les médecins interpellés par l'OAI lors de l'instruction de la demande initiale de prestations – soit les médecins traitants de l'assuré – n'ont, il est vrai, pas formellement exclu l'exercice d'une activité adaptée, contrairement au COPAI. Sur ce point, on relèvera en particulier que dans son rapport du 16 juillet 2001, le Dr L. \_\_\_\_\_ a exposé qu'il était difficile de savoir si l'on pouvait requérir de l'assuré qu'il effectue une autre activité, dès lors que celui-ci avait toujours œuvré comme maçon. Il a ajouté que, selon l'intéressé, l'exercice d'une autre activité serait compliqué au vu des dorso-lombalgies présentes aussi bien en station debout qu'en position assise, que l'on pourrait dans ce cas-là envisager « un travail de surveillance de chantier ou d'usine, de conciergerie, de surveillance, de travail léger, de manutention légère, travail d'atelier léger », et qu'au vu de ces éléments, une activité adaptée pourrait en principe être exercée à un taux de 100% par jour. Quant au Dr W. \_\_\_\_\_, il a observé, le 10 septembre 2001, que l'intéressé pouvait effectuer un horaire complet – pour autant que celui-ci fût adapté – dans des activités ne nécessitant pas l'usage en force et de manière répétitive du membre supérieur droit. Le 24 décembre 2001, il a exposé en substance qu'une activité n'exigeant pas l'usage en force et répétitif du poignet droit paraissait tout à fait indiquée, respectivement qu'une réadaptation rapide semblait adéquate dès lors que l'assuré conservait des possibilités pour autant qu'on ne lui fît pas faire des travaux répétitifs nécessitant l'usage en force du poignet droit. Ainsi que l'a relevé l'OAI dans sa réponse du 25 juin 2012 (let. C.b supra), il est de jurisprudence constante que les données médicales l'emportent en principe sur les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (cf. TF 9C\_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 5.2 et TF 9C\_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.3, avec les références citées). Il y a

toutefois lieu de relativiser la portée de cette jurisprudence dans le cas particulier. En effet, comme le reconnaît l'intimé (cf. réponse du 25 juin 2012, let. C.b supra), l'appréciation du COPAI comprend une dimension médicale sous la forme du rapport de la Dresse N. \_\_\_\_\_ du 11 mars 2002, compte-rendu qui n'est pas dénué de fondements objectifs, quoi qu'en disent le SMR (cf. avis médical SMR du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 21 décembre 2007) et l'OAI (cf. lettre explicative du 13 avril 2012, cf. réponse du 25 juin 2012). A cet égard, on soulignera notamment que la Dresse N. \_\_\_\_\_ a exposé que des « limitations physiques [avaient pu] être objectivées, tant au niveau du rachis qu'au niveau du membre supérieur droit », et que l'on trouvait « une excellente cohérence entre les symptômes et les lésions organiques en question, l'examen médical objectivant par ailleurs une péjoration du syndrome lombo-vertébral au fil des consultations » (cf. rapport de cette praticienne du 11 mars 2002 p. 3 paragraphes 4 et 5). Certes, on peut regretter que le rapport de la Dresse N. \_\_\_\_\_ n'ait, à l'époque, pas été soumis au SMR – pas plus, d'ailleurs, que les comptes-rendus des autres médecins interpellés à cette période. En effet, il aurait sans doute été opportun de transmettre ces différents avis au service précité pour examen. Peu importe toutefois, puisqu'en tout état de cause, il n'est pas allégué – ni a fortiori démontré – que l'instruction a été à ce point lacunaire que l'office n'a manifestement pas satisfait à ses obligations en matière d'instruction, notamment selon l'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) concernant la mise en œuvre des mesures d'investigation nécessaires. Cela étant, il convient de relever ici que le rapport de stage des responsables du COPAI ainsi que le compte-rendu de la Dresse N. \_\_\_\_\_ ont été discutés par l'OAI dans son rapport intermédiaire du 15 avril 2002. Quand bien même l'office n'a, à l'époque, pas particulièrement développé les motifs l'ayant incité à préférer l'appréciation de ces derniers à l'avis des médecins traitants, il n'en demeure pas moins que c'est en toute connaissance de cause que l'OAI a privilégié l'évaluation des premiers sur l'opinion des seconds. En définitive, l'intimé apprécie maintenant différemment le rapport de la Dresse N. \_\_\_\_\_, procédé qui n'est pas admissible dans le cadre d'une reconsidération. En effet, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'un examen plus minutieux de la situation, que l'instruction ou l'appréciation médicale du cas a été faite d'une manière qui peut aujourd'hui sembler critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base manifestement erronée au regard de la situation de fait et de droit de l'époque (cf. TF 9C\_221/2012 du 3 septembre 2012 consid. 4.1 et les références citées). Aussi, dès lors que le caractère soi-disant inexact de l'appréciation ne résulte pas de l'ignorance ou de l'absence de preuves de fait essentiels (cf. consid. 3b supra), mais d'une nouvelle appréciation d'éléments portés à l'attention de l'autorité au cours de la procédure initiale de droit à la rente, il s'ensuit que les conditions d'une reconsidération ne sont en l'occurrence pas données. b) En résumé, la décision de reconsidération du 13 avril 2012 n'est en réalité qu'une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus poussé des faits, ce qui ne saurait justifier la reconsidération de la décision initiale d'octroi de rente du 18 juin 2003. Pour ces motifs, le recours doit être admis, en ce sens que la décision initiale d'octroi de rente doit être maintenue, l'assuré conservant ainsi son droit à une rente entière d'invalidité. c) Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant les autres arguments invoqués par le recourant. Cela vaut tout particulièrement en ce qui concerne la jurisprudence citée par l'assuré (cf. réplique du 16 juillet 2012), selon laquelle il y a lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables doivent être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, en cas de réduction ou de suppression, par révision ou

reconsidération, du droit à la rente à l'égard d'assurés âgés de 55 ans révolus ou ayant bénéficié d'une rente depuis plus de 15 ans (cf. TF 8C\_338/2012 du 28 août 2012 consid. 4.1 et 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1 [spéc. 7.1.2.2], avec les références citées). 5. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, le recourant devant être maintenu dans son droit à une rente entière d'invalidité. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter en l'occurrence à 2'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 26 avril 2012 par T.\_\_\_\_\_ est admis. II. La décision rendue le 13 avril 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, en ce sens que le droit du recourant à une rente entière d'invalidité est maintenu. III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens. IV. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Philippe Nordmann (pour le recourant), ■ 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.