

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 473 vom 28. September 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-09-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__473

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 473 du 28 septembre 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 473 del 28 settembre 2016

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, RAPPORT MÉDICAL, FORCE PROBANTE | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 4

Comportement au travail [...] M. J. _____ est une personne volontaire qui effectue sans protester les travaux qui lui sont demandés. Il a également cette envie de vouloir exécuter à satisfaction les tâches qui lui sont confiées. De personnalité sociable, votre assuré est toujours ouvert à la discussion. Il se dit être une personne simple qui évite les complications. M. J. _____ a eu de bons contacts avec ses collègues de section ainsi qu'avec le personnel encadrant.

E. 4.1

Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail : · Cervico-brachialgies droites chroniques · Troubles disco-dégénératifs pluri étagés et canal cervical étroit secondaire · Status après cure de hernie discale C6-C7 le 27 février 1994

E. 4.2

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail · Discopathie L4-L5 avec petite hernie discale de ce niveau 5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC M. J. _____ est un assuré de 55 ans, que j'avais eu l'occasion d'expertiser pour le compte de l'AI le 31 juillet 2007, avec pour diagnostic retenu des cervico-brachialgies droites dans le cadre d'un status après cure de hernie discal C6-C7 le 27 février 1994 et troubles dégénératifs importants du rachis cervical. J'avais postulé à l'époque pour une capacité de travail de 80 % dans une activité professionnelle légère, excluant les mouvements répétitifs de la nuque, les travaux de force et répétitifs impliquant le membre supérieur droit et ceci en tenant compte de sa diminution de rendement. [...] L'examen clinique de ce jour vérifie une certaine restriction dans la mobilité cervicale prédominant en inclinaison et rotation droite, palpation segmentaire retrouvant des douleurs para-cervicales, se prolongeant aux muscles trapèzes à l'angulaire de l'omoplate de ce côté sans contracture musculaire concordante significative. Il n'y a pas d'altération de la mobilité lombaire ni des grosses comme des petites articulations périphériques, il n'y a pas d'arthrite ni de synovite. Il n'y a pas de syndrome irritatif des membres, les réflexes ostéotendineux sont vifs et symétriques, il n'y a pas d'altération de la force ni trouble de la sensibilité objective. A noter certains signes de surcharges fonctionnelles alliant exagération de la réponse verbale et projection non anatomique de la douleur à l'examen clinique de la nuque, se rajoutant une hypoesthésie intéressant la globalité du membre supérieur droit sans respect radiculaire, élément évocateur d'un

syndrome douloureux chronifié à intégrer au contexte de l'expertise. Les radiographies de la colonne cervicale de ce jour retrouvent une fusion de C6-C7 et des troubles disco-dégénératifs connus. L'examen clinique de ce jour est du point de vue ostéo-articulaire superposable à celui mis en lumière en juillet 2007 lors de mon expertise comme en juillet 2011 par l'expertise du Dr H. _____, l'expert ne retrouvant aucun élément objectif témoignant d'une aggravation durable de l'état de santé de l'assuré permettant de modifier sa prise de position de juillet 2007. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assuré est nulle dans son ancienne activité professionnelle d'installateur sanitaire. Dans une activité professionnelle légère, excluant les mouvements répétitifs impliquant la nuque, les travaux de force répétitifs impliquant le membre supérieur droit, la capacité de travail de l'assuré est de 80 %, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement qui reste liée à la diminution de vitesse de certaines tâches impliquant le membre supérieur droit et la prise éventuelle de pauses supplémentaires. Du point de vue thérapeutique, l'expert n'a pas de mesure particulière à proposer au-delà de la prise de médicaments antalgiques à la demande et la poursuite d'une activité physique régulière à même d'éviter les rétractions musculaires et le raidissement articulaire.

Positionnement de l'expert face au Docteur E. _____ : Les divers rapports de ce confrère datant du 13 décembre 2010, du 28 février 2011 et enfin du 9 février 2012 ne sont pas crédibles, confrère rapportant un syndrome radiculaire déficitaire permanent avec atrophie musculaire du membre supérieur droit rendant l'utilisation du membre supérieur droit quasi impossible, précisant une impotence chez un assuré complètement handicapé. Les spécialistes du Service de Neurochirurgie (amenés à examiner l'assuré en septembre et novembre 2010), le Docteur H. _____ (dans son expertise de juillet 2011) et enfin le Docteur S. _____ amené à examiner l'assuré le 11 juillet 2012 (examen clinique conforté par son ENMG), au-delà de moi-même (amené à examiner l'assuré en 2007 et ce jour), ne retrouvent le tableau clinique pathologique du membre supérieur droit dépeint par le Docteur E. _____.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL [...] 2.6

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? L'incapacité de travail comme monteur sanitaire est définitive. Dans une activité professionnelle adaptée, la capacité de travail est de 50 % depuis octobre 1999 et 80 % depuis 2005.» e) Le 24 octobre 2014, l'OAI a rendu une décision formelle de suppression de la rente d'invalidité, sur la base des constatations suivantes : « M. J. _____ a bénéficié d'un trois-quarts de rente depuis le 1^{er} octobre 2000. Cette rente a été suspendue suite aux mesures d'ordre professionnel et remplacée par des indemnités journalières. Les mesures professionnelles ont pris fin en date du 6 septembre 2010. [...] le droit au trois-quarts de rente sera réintroduit dès le 1^{er} septembre 2010. Suite à un examen clinique effectué auprès du service médical régional (SMR) il ressort que vous ne pouvez plus exercer des activités de monteur sanitaire et mécanicien de précision. Toutefois dans des activités adaptées qui tiennent compte de vos limitations fonctionnelles, la capacité de travail exigible est estimée à 80 % et ceci depuis l'année 2006. A cette date le revenu sans invalidité se monte à Sfr 61'164.00. En ce qui concerne le revenu avec invalidité, nous nous basons aux statistiques salariales ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires ESS publi[ée] par l'Office fédéral de la statistique (OFS) et le revenu d'invalidité se monte à Sfr 39'324.96. Vous subissez par conséquent un préjudice économique de l'ordre de 35 %. Comparaison des revenus : sans invalidité CHF 61'154.00 avec invalidité CHF 39'124.95 La perte de gain s'élève à CHF 21'129.05 = un degré d'invalidité de 35 % Le degré d'invalidité étant inférieur à 40 %, le droit à la rente s'éteint. [...] Notre décision est par conséquent la

suiivante : La rente sera supprimée dès le premier jour du 2^{ème} mois qui suivra la notification de la décision. [...] » f) La Caisse de compensation compétente, pour l'OAI, a calculé les prestations dues en conséquence de la décision précitée, et a rendu, le 29 octobre 2014, une décision fixant les montants du trois-quarts de rente pour la période du 1^{er} février 2011 au 30 avril 2014. L'assuré a contesté la décision de la Caisse de compensation par courrier à l'OAI du 25 novembre 2014, s'étonnant notamment de ce que la Caisse avait fixé le début du droit à la rente au 1^{er} février 2011 et non pas au 1^{er} septembre 2010, alors qu'il n'avait reçu ni rente ni indemnités journalières entre ces deux dates. Sur demande de l'assuré, son courrier a été transmis au Tribunal de céans comme recours contre la décision du 29 octobre 2014. La Caisse de compensation a rendu, le 11 mai 2015, une décision complémentaire prononçant l'allocation du trois-quarts de rente d'invalidité du 1^{er} septembre 2010 au 31 janvier 2011. La Tribunal de céans a en conséquence rendu un arrêt le 2 juin 2015 radiant la cause du rôle. B. Par acte de son conseil du 25 novembre 2014, J. _____ a recouru contre la décision du 24 octobre 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation de dite décision et à sa réforme en ce sens qu'il est dit qu'il continue à avoir droit à un trois-quarts de rente d'invalidité pour une invalidité de 62 % après le 24 octobre 2014. Il soutient pour l'essentiel qu'aucune modification notable de son état de santé n'est intervenue depuis la dernière décision de l'intimé entrée en force, soit celle du 6 août 2003 lui reconnaissant une invalidité de 62 %, de sorte que l'intimé ne pouvait pas revenir sur cette décision, faute de motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Il ajoute qu'au vu des rapports de l'Orif, il pourrait prétendre à une rente entière d'invalidité, conclusion à laquelle il renonce. Par réponse du 3 février 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant que l'amélioration globale de la symptomatologie cervicale et du membre inférieur droit intervenue en 2005 et relevée notamment par le Dr P. _____ constituait une modification significative, motif de révision. Le recourant a maintenu ses conclusions par réplique du 25 février 2015. L'intimé a confirmé sa position par duplique du 17 mars 2015. Les arguments des parties seront repris pour le surplus dans la mesure utile dans la partie en droit ci-après.

E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée 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 LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours formé le 25 novembre 2015 contre la décision de l'intimé du 24 octobre 2014 a été interjeté en temps utile. Il respecte en outre les formalités

prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Sont litigieux l'appréciation médicale de la situation du recourant et son droit à une rente d'invalidité, que la décision entreprise a supprimée, singulièrement l'estimation de sa capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé physique. Le présent litige s'inscrit par ailleurs dans le contexte d'une procédure de révision initiée d'office en juin 2005, une requête de prestations du recourant du 18 novembre 1997 ayant fait l'objet d'une décision initiale du 6 août 2003 d'octroi d'une demi-rente d'invalidité, augmentée à trois-quarts de rente dès le 1^{er} janvier 2004 en raison de la 4^e révision de la LAI. Il est rappelé que, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant éventuellement modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des

preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4). En l'espèce, bien que l'intimé n'ait pas examiné le cas du recourant sous l'angle de l'art. 17 LPGA, il s'agit bien d'un cas de révision, dès lors qu'une rente a été initialement octroyée au recourant, puis supprimée. Il convient donc de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis la décision initiale du 6 août 2003, soit la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente, et s'il justifie cas échéant la suppression de la rente décidée par l'intimé le 24 octobre 2014. c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid.

E. 4.2.1

; 126 V 322 consid. 5a ; TF 8C_264/2013 du 3 mai 2013 ; RAMA 1999 n° U 349 p. 478 consid. 2b). 4. En l'espèce, l'intimé a initialement octroyé au recourant une demi-rente d'invalidité – devenue trois-quarts de rente en raison de modifications des règles légales applicables –, se fondant sur le constat que le recourant présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui entraînait un degré d'invalidité de 62 %. Les activités adaptées, retenues par le SMR, sur la base des conclusions de la Dresse N._____, étaient celles pouvant être exercées avec les deux bras, sans port de charge excessif du membre supérieur droit. Les diagnostics retenus par la Dresse N._____ étaient les suivants : « cervico-brachialgies droites résiduelles avec syndrome du tunnel carpien en cours d'évaluation sur status après cure de hernie discale cervicale volumineuse C6-C7 en février 94 avec apparition d'un bloc cervical C6-C7 sans évidence d'une spondylodiscite et sans récurrence de conflit disco-radicaire actuel [...] ». Le

recourant s'est opposé à cette décision, s'estimant totalement incapable de travailler. Les rapports médicaux produits par la suite, en particulier par la Dresse N. _____, ont montré un état stationnaire et cette dernière a finalement retenu les diagnostics suivants : « troubles douloureux chroniques cervicaux et brachialgies atypiques, cervicodiscarthrose évolutive, status après cure de hernie discale cervicale C6-C7 en 1994 avec fusion post-opératoire C6-C7 spontanée, atteinte radiculaire C7 droite résiduelle déficitaire sur le plan du réflexe, dans une moindre mesure sensitivo-motrice et status après cure du tunnel carpien homo-latéral en 1998. » L'assuré ayant retiré son opposition à la décision du 6 août 2003, celle-ci a acquis force de chose jugée. Cette décision se fonde sur l'appréciation médicale de la Dresse N. _____, ainsi que de nombreux rapports d'examens du CHUV. Ces rapports ont été élaborés sur la durée, sont rigoureux, parfaitement documentés et à l'évidence probants. Il s'agit ainsi d'examiner si une modification notable de l'état de santé du recourant, respectivement de sa capacité de gain, est intervenue depuis la décision du 6 août 2003, celle-ci étant la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, les autres aspects de la décision, soit l'appréciation des preuves et la comparaison des revenus apparaissant également conformes au droit. L'intimé s'est fondé sur les rapports du Dr P. _____ pour supprimer la rente d'invalidité du recourant. Ce médecin retenait en 2007 les diagnostics de cervico-brachialgies droites avec aréflexie tricipitale droite séquellaire, de status après cure de hernie discale C6-C7 le 27 février 1994 et de troubles dégénératifs importants du rachis cervical. Il excluait les mouvements répétitifs de la nuque et les travaux de force et répétitifs impliquant le membre supérieur droit. Il retenait en 2014 les diagnostics de cervico-brachialgies droites chroniques, troubles disco-dégénératifs pluriétagés et canal cervical étroit secondaire et de status après cure de hernie discale C6-C7 le 27 février 1994, soit des diagnostics décrivant les mêmes atteintes qu'en 2007. Les limitations fonctionnelles retenues sont identiques également. Les conclusions du Dr P. _____ recouvrent les mêmes atteintes et limitations que celles retenues par la Dresse N. _____. Se bornant à affirmer un rendement possible de 80 %, le Dr P. _____ se livre seulement à une appréciation différente de la capacité de travail résiduelle qui a fondé le droit à la rente. Or une simple appréciation différente des mêmes atteintes ayant conduit à l'octroi de prestations, quand-bien même elle émane d'un expert, ne constitue pas un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le Dr P. _____ ne documente pas la survenance d'une amélioration qui serait intervenue depuis la dernière décision entrée en force. Il note uniquement dans son résumé de l'évolution de l'état de santé du recourant, en p. 4 du rapport de 2007, que le recourant signalait une amélioration globale de la symptomatologie cervicale et du membre supérieur droit ensuite de trois séances de manipulations cervicales en 2005. Si le recourant a certes suivi un traitement de manipulations cervicales qui l'a selon lui soulagé à l'époque, aucune documentation sur le plan médical n'a été établie, et il n'y a pas d'indice au dossier qui tendrait à montrer que ce traitement aurait eu un effet favorable sur une certaine durée. Les rapports du Dr P. _____ ne livrent du reste aucune autre information concernant cette période. Il convient ensuite d'observer que les rapports de la Dresse N. _____ ont été tenus pour probants par l'intimé et ainsi retenus pour fonder sa première décision, sur le constat d'un état de santé stationnaire et stable. Le Dr E. _____ mentionne quant à lui des atteintes qui semblent plus graves que celles objectivées par la Dresse N. _____, ainsi que la nécessité de procéder à une expertise par un neurochirurgien. S'il n'est pas clair quant à son évaluation de la capacité de travail, ce médecin traitant estime toutefois dans son rapport du 9 février 2012 qu'il n'est pas réaliste

de retenir une capacité de travail à 80 % dès lors que rien ne permet d'objectiver une amélioration de l'état de santé du recourant. A cela s'ajoute que les conclusions de l'évaluation médicale de la Dresse N. _____ et par la suite l'évaluation du Dr E. _____, lequel exclut qu'une capacité de travail puisse être portée à 80 %, sont confortées par les conclusions des rapports rendus par les Centres de formation dans le cadre d'une approche concrète autant que rigoureuse de la capacité de travail d'un assuré dont on n'a cessé de relever le comportement volontaire et pleinement coopérant, mais en définitive non insérable dans l'économie (cf. note de l'entretien pluridisciplinaire du 8 mai 2014). Ainsi, dans leur rapport du 16 juin 2014, les spécialistes du Centre Orif retiennent un rendement de 40 %, sans pouvoir proposer une activité adaptée ouvrant à la réinsertion. On observe à cet égard que le Dr P. _____ s'est abstenu de discuter les résultats objectivés par les Centres, de même qu'il n'explique pas pour quelles raisons ses conclusions diffèrent de celles de la Dresse N. _____, respectivement quelle évolution de l'état de santé l'ont mené à retenir une capacité de travail plus élevée qu'en 2003, sur la base de mêmes atteintes et limitations fonctionnelles. Le Dr P. _____ se contente d'écarter les conclusions du Dr E. _____, se bornant à expliquer que les Drs H. _____ et T. _____, tout comme lui, ne retrouvaient pas le tableau clinique pathologique du membre supérieur droit évoqué par le Dr E. _____. Or, outre que le recourant ne souffre pas uniquement d'une atteinte au membre supérieur droit, on rappellera que, dans le cadre d'une procédure de révision du droit à la rente, il ne s'agissait pas d'écarter l'évaluation du médecin traitant, mais d'objectiver une amélioration notable de l'état de santé du recourant depuis 2003, ce que le Dr P. _____ n'a pas fait en substituant son avis à celui d'autres spécialistes. Il en va de même s'agissant des conclusions des Drs T. _____, H. _____ et S. _____, qui retiennent en définitive les mêmes atteintes que les Drs N. _____ et P. _____, sans motiver leurs avis divergents quant à l'évaluation de la capacité de travail en découlant, ni exposer en quoi l'état de santé du recourant se serait objectivement amélioré depuis 2003. Il faut en conclure que les éléments médicaux recueillis par l'intimé ne lui permettaient pas de supprimer la rente d'invalidité octroyée, ceci dans le cadre d'une procédure de révision dont on a rappelé les strictes conditions. On observera par ailleurs que les documents médicaux à disposition ne permettent pas non plus, en l'état, d'objectiver une péjoration de l'état de santé du recourant, les rapports du Dr E. _____ n'étant pas suffisamment complets, ce médecin renvoyant en l'occurrence à compléter l'instruction par l'avis d'un neurochirurgien. Il appartiendra donc à l'intimé, le cas échéant, de reprendre l'instruction du cas, ceci sous l'angle de la révision du droit à la rente, soit en objectivant une amélioration réelle, voire peut-être même une péjoration de l'état de santé du recourant.

5. Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, et la décision attaquée annulée, le droit du recourant au trois-quarts d'une rente étant maintenu. 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'assurance-invalidité 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'intimé, qui succombe. Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés en l'espèce, d'après l'importance et la complexité du litige, à 1'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 7 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

Capacité d'intégration socioprofessionnelle M. J. _____ a débuté la mesure en section LOG avec de grandes interrogations sur sa capacité physique à effectuer les tâches de manutention ainsi que celles liées à l'informatique. Toutefois, il s'est dit prêt à faire son maximum. Au fil des jours, il a dit se sentir à l'aise au sein de la section, l'ambiance lui convenant tout à fait. Il dit aussi avoir apprécié le type de tâches de logisticien et que c'est volontiers qu'il aurait évolué dans ce domaine mais que malheureusement, physiquement, c'était trop contraignant et douloureux. M. J. _____ a exprimé le plaisir à travailler en section et en même temps, la douleur que cela lui a provoqué.

E. 5.1

; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références ; consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_500/2011 loc. cit. ; 9C_28/2011 loc. cit. et 9C_745/2010 loc. cit.). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a). A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions. Il en va de même si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). d) 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. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 208 consid. 6b et la référence). Par ailleurs, la procédure est

régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a ; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; 117 V 264 consid. 3b et les références). Dès lors, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 129 V 472 consid.

E. 6

Adéquation du choix professionnel et limitations Durant cette période d'observation, M. J. _____ s'est senti à l'aise au niveau de l'ambiance et du travail effectué. Toutefois, après les journées de travail, une grande fatigue s'est fait ressentir. Les douleurs ont toujours été présentes et constantes. La logistique est un domaine qui plaît beaucoup à votre assuré mais qui lui demande un grand effort. Les travaux ne sont pas adaptés à ses limitations fonctionnelles. Même les petites tâches de manutention ou les travaux sur ordinateur ont créé des douleurs à M. J. _____. Sur le plan physique, le peu qu'il a fait lui a coûté. Selon M. J. _____, sa santé se péjore quoi qu'il fasse, même sans activité professionnelle. Par ailleurs, il dit sentir une diminution de ses capacités depuis 2010, époque à laquelle il était en mécanique. Durant la mesure, nous avons évalué un rendement de 40 % dans les tâches de logistique. [...]

E. 8

Conclusion et proposition [...] Les contraintes du métier de logisticien ne sont pas adaptées aux limitations fonctionnelles de votre assuré de ce fait, actuellement, nous ne sommes pas en mesure de vous faire une proposition d'un projet de formation en logistique. Le peu de rendement qu'il a pu fournir ainsi que les douleurs provoquées par les tâches même légères, nous interrogent quant à sa capacité à évoluer dans un quelconque domaine avec un rendement acceptable pour l'économie. » Dans un avis du 23 juin 2014, le Dr Z. _____ a considéré, concernant les éléments présentés par l'Orif, que la description des états algiques et de la fatigue de l'assuré était faite en termes généraux et ne permettait pas de comprendre l'ampleur des plaintes. Sur le plan strictement médical, aucun nouvel élément mettant en cause les constatations faites en juillet 2011 n'était apporté. Le Dr Z. _____ proposait la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique afin de déterminer si une évolution expliquait l'échec des mesures professionnelles. L'expertise en question a été confiée au Dr P. _____, lequel a remis son rapport le 3 octobre 2014, sur la base du dossier de l'assuré et d'un examen clinique du 30 septembre 2014. On extrait de ce rapport ce qui suit : « 4. DIAGNOSTICS

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